



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE TURCO
SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTERO

(Le comunicazioni del Ministro della salute sono state svolte anche nella seduta del 6 luglio 2006)

10^a seduta: giovedì 20 luglio 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco
sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

* PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 6, 17 e passim</i>
* BODINI (<i>Ulivo</i>)	3
CAFORIO (<i>Misto-IdV</i>)	11
* CURSI (<i>AN</i>)	13, 17, 25
* EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	6
GHIGO (<i>FI</i>)	23
* PERRIN (<i>Aut</i>)	9
SILVESTRI (<i>IU-Verdi-Com</i>)	17
* TURCO, ministro della salute	20, 23, 25

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Interviene il ministro della salute Turco.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco sulle linee programmatiche del suo Dicastero

* PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

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 ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ringrazio il ministro Turco che è oggi presente per partecipare al nostro dibattito sulle linee programmatiche del Governo in materia di salute. Come sapete, c'è un grande numero di senatori iscritti a parlare e per tale motivo si è resa necessaria una nuova seduta; do pertanto subito la parola al senatore Bodini.

* BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, signor Ministro, innanzitutto mi scuso per dovermi assentare al termine del mio intervento ma ho contemporaneamente una seduta della Commissione bilancio, che in questo periodo sta molto lavorando. Per questa ragione, non sono riuscito a preparare un intervento strutturato come avrei voluto.

Intervengo comunque volentieri cercando di toccare alcuni punti che mi stanno particolarmente a cuore, legati anche alla mia esperienza ultra trentennale di lavoro in ospedale, che ho interrotto pochi mesi fa per entrare in Parlamento.

Nella globalità ho apprezzato molto il documento presentato dal Ministro, perché è un programma di lavoro ambizioso, ma altrettanto stimolante e comprensivo di tanti aspetti che nel nostro servizio sanitario sono da migliorare, mantenendo comunque quella caratteristica di universalità del nostro sistema, un pregio da difendere proprio perché pone potenzialmente i cittadini allo stesso livello rispetto ai problemi della malattia.

Ovviamente, sappiamo quali sono oggi i problemi di finanziamento del servizio. Anche da questo punto di vista, quindi, ho apprezzato molto la nuova impostazione di far comprendere e passare il concetto che la sa-

nità non è soltanto un ambito di spesa, ma anche di investimento nel sistema Paese e, come tale, ha ricadute economiche sul territorio nazionale.

Comunque, il sistema va riequilibrato: questo è uno dei punti fondamentali. Conosciamo le differenze nell'accesso alle cure tra Regione e Regione e soprattutto tra Nord e Sud del Paese. Questo *gap*, che è uno degli aspetti principali, a mio avviso deve essere colmato in questi anni. Ciò vale sia dal punto di vista dell'accesso alle cure che dal punto di vista dell'equilibrio economico. Abbiamo Regioni con ottimi livelli di sanità e che riescono a rientrare nel patto di stabilità, mentre altre necessitano di aiuto ed assistenza; da questo punto di vista vi è un grosso lavoro da fare.

Per quanto riguarda la riduzione dei costi della sanità, ritengo che uno dei punti fondamentali su cui lavorare sia la razionalizzazione dell'offerta. Abbiamo constatato che dove l'offerta si è presentata in maniera eccessiva a livello di cittadini e di consumatori i costi sono schizzati in alto.

Quindi, la rete di offerta va razionalizzata affinché sia sufficiente ma non eccedente rispetto alle necessità e, da questo punto di vista, molto importante è lavorare sull'appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni, anche nell'ambito della classe medica, che poi è lo snodo cruciale di questo tema. Se non c'è il convincimento che le linee guida ed i piani di assistenza rappresentano un aiuto per la professione e non una costrizione, che sono una forma di razionalizzazione e danno la possibilità di prestare migliori cure a tutti, in sostanza se non si compie questo passaggio culturale, continuano a permanere difficoltà.

In questi anni, in cui si è cercato di introdurre negli ospedali alcuni concetti di governo clinico, a volte abbiamo assistito ad un distacco da parte dei proponenti, cioè le direzioni delle aziende che hanno preferito un approccio più economicista rispetto ad un maggiore coinvolgimento degli operatori e della classe medica in questo progetto. Ritengo che sia assolutamente indispensabile lavorare su questi percorsi diagnostico-terapeutici e su queste linee guida per migliorare l'appropriatezza.

Un altro punto tratteggiato nel documento, che riprende il problema delle dimissioni protette, è il collegamento ospedale-territorio. Nella nostra attività quotidiana assistiamo al ritorno e al riciclo di pazienti, soprattutto anziani con polipatologie, che una volta dimessi non trovano un'adeguata assistenza a casa (banalmente non hanno neanche chi somministri loro i farmaci al momento giusto) e quindi, per un problema di *compliance*, dopo poco tempo ritornano in ospedale.

Esistono al riguardo esperienze interessanti settoriali, ma purtroppo la situazione non è ancora generalizzata. Bisogna lavorare molto su questo aspetto, come anche sulla possibilità di una accoglienza in altre strutture di cura a minor costo. Spesso l'intasamento degli ospedali rallenta la dimissione del paziente ed aumenta di conseguenza i costi. Per questo motivo, la rete sul territorio è estremamente importante.

Il miglioramento del sistema di valutazione dei risultati è un altro aspetto importante ed in questo senso il sistema dei DRG ci ha fatto compiere un grandissimo passo in avanti. Per decenni abbiamo lavorato in ospedale senza poter avere criteri di comparazione. Con questo sistema

abbiamo cominciato ad avere dei dati importanti e a ragionare sul rapporto prodotto tra costi e prodotto.

Dobbiamo fare un ulteriore passo in avanti e superare questo sistema per valutare meglio l'*outcome* clinico a distanza e per capire dove spostare gli investimenti. Allora serve un grosso sforzo per trovare un riequilibrio tra la medicina super specialistica e la medicina preventiva sul territorio. Questo è uno dei punti qualificanti del programma; infatti abbiamo visto che, soprattutto in alcune Regioni, c'è stato un aumento spropositato della spesa in prestazioni specialistiche o super specialistiche a scapito dell'investimento in medicina preventiva e del territorio.

Dobbiamo assolutamente recuperare e realizzare un sistema di valutazione dei risultati più soddisfacente anche per gli operatori, che devono trovarvi un motivo di stimolo e non solo provare una sensazione di controllo *ex post* del proprio operato.

Penso che il discorso delle cure palliative, che pure è stato sottolineato, ed il concetto di ospedale senza dolore non sia stato ancora sufficientemente enfatizzato: si assiste ad una sofferenza non dovuta dei pazienti. Tra l'altro, bisogna tener presente che l'estensione di queste cure svuoterebbe il discorso dell'eutanasia (se queste cure fossero ben condotte tutte queste richieste non ci sarebbero).

Per quanto riguarda l'esclusività di rapporto e il discorso della professione *intra moenia*, sono sempre stato un sostenitore del tempo pieno in ospedale come forma di servizio. Credo che all'interno di questa attività, se la regole sono rispettate da una parte e dall'altra (sia da parte del medico che dell'azienda), ci sia tutto lo spazio per esercitare una libera professione decorosa che non deve però interferire con le liste di attesa. Si tratta di due capitoli diversi e ci sono già oggi tutti gli strumenti – se poi venissero migliorati, saremmo contenti – affinché questi comparti vengano regolati e controllati. Se ciò non accade è perché c'è una carenza di intervento da parte delle direzioni rispetto alle distorsioni che si verificano.

Infine, signor Ministro, vorrei evidenziare la situazione degli specializzandi. Si tratta di un debito che noi abbiamo nei confronti di questi giovani colleghi (circa 25.000 o 30.000 in tutta Italia); nel 1999 è stata approvata il decreto legislativo n. 368, che riprendeva la normativa europea, ma che non è mai stato né osservato né applicato. So di interessamenti in questo senso. Comunque penso che gli specializzandi siano una preziosa risorsa del nostro sistema sanitario, sono le forze nuove che domani verranno immesse negli ospedali. La normativa va dunque applicata per intero, considerando gli specializzandi come specialisti in formazione e non sub studenti o sub operatori.

La rete regionale va attivata perché le specialità vengano insegnate ed organizzate nelle università ma anche dentro gli ospedali; ciò permetterebbe agli specializzandi di conseguire una maggiore esperienza ed acquisire quel livello di specialità necessario per quando saranno autonomi nel sistema ospedaliero ed anche una migliore distribuzione e disponibilità di risorse e di forze lavoro negli ospedali, che hanno un enorme bisogno di

forze fresche. Esiste un problema di invecchiamento della popolazione ospedaliera, parlo dei medici oltre che dei pazienti, che va affrontato.

Concludendo, mi permetto di consegnarle questo documento di Feder Specializzandi, un gruppo di giovani che, secondo me, sta lavorando molto bene in questo senso. Spero proprio che nei prossimi anni riusciremo a risolvere questo problema.

* PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Bodini per il suo intervento. Prima di dare la parola alla senatrice Emprin Gilardini, vorrei fare un breve commento per sottolineare l'importanza delle condizioni dei nostri specializzandi: abbiamo veramente il dovere morale di aiutarli a crescere.

Proprio in questi giorni ho avuto occasione di occuparmi del caso di uno di loro, che assurge ad aneddoto e la dice lunga sulla situazione attuale. Al momento egli si trova in una università americana, ma lo si voleva far rientrare in Italia perché fra pochi giorni avrà inizio il mese di agosto: il motivo prevalente del suo ritorno, quindi, non era la preoccupazione di quanto potesse effettivamente apprendere, ma la necessità di coprire i turni di guardia in ospedale. Mi sembra un episodio esemplificativo del trattamento spesso riservato ai nostri specializzandi.

* EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, innanzi tutto, rivolgo a lei ed al signor Ministro le scuse da parte della collega Valpiana, che ha dovuto, suo malgrado, scegliere di non essere presente oggi, nonostante avrebbe voluto intervenire. Entrambe abbiamo apprezzato molto le dichiarazioni di esordio della sua relazione, signor Ministro, in cui si riafferma la centralità del Parlamento nella ridefinizione degli orientamenti governativi; purtroppo, però, per via del contingentamento dei tempi del dibattito parlamentare a cui siamo costretti, dovrò sforzarmi di essere il più breve possibile, pur dovendo affrontare anche alcuni temi di sfondo della discussione che stiamo svolgendo.

Abbiamo dato inizio al presente dibattito partendo dal documento presentatoci dal Ministro della salute, ma nel frattempo è stata intavolata una discussione che tocca sia il documento di programmazione economico-finanziaria, sia il cosiddetto decreto Bersani. Quest'ultimo, infatti, riguarda anche interventi al margine del dibattito che stiamo svolgendo, che comportano un confronto a parte poiché presentano alcuni elementi di criticità che non vanno nascosti, in quanto, una volta evidenziati, possono esserci utili per trovare una soluzione.

Desidero esprimere il mio consenso ed il mio serio apprezzamento per le dichiarazioni di esordio e per l'enunciato di fondo del documento che ci è stato presentato dal Ministro della salute, caratterizzato dall'individuazione della produzione del benessere e della salute come baricentro delle politiche del Governo, e, soprattutto, dall'attenzione alle determinanti di salute, elementi strutturali nella costruzione di una politica sanitaria. Ho, inoltre, apprezzato le dichiarazioni svolte sia dal Presidente del Consiglio, sia dal Ministro dell'economia, i quali hanno individuato nel DPEF anche uno strumento di contrasto alle disuguaglianze economi-

che del nostro Paese, che – lo sottolineo – sono l'elemento centrale su cui intervenire e rispetto alle quali vengono anche fornite, nel documento, alcune indicazioni.

Sempre in riferimento agli elementi di sfondo, vi sono toni e accenti diversi, sia pure nel comune profilo programmatico tracciato dall'Unione: ad esempio, la contestualità dei tre obiettivi programmatici (risanamento, sviluppo ed equità sociale) richiederà sicuramente una riflessione, anche in tempi successivi e sedi diverse, sulla capacità di riproporre percorsi e tempi, anche triennali per il rispetto dei parametri europei. In tal modo, al primo intervento (che già avverrà nel 2006 e comporta una correzione di oltre 7 miliardi di euro) si potrebbe far seguire un aggiustamento più graduale del *deficit* (che incida sul biennio), del rapporto tra questo ed il PIL e del debito pubblico.

È particolarmente importante, infatti, per realizzare gli obiettivi della promozione del benessere e della salute dei cittadini, intervenire sul versante delle entrate più che su quello del contenimento della spesa. Questo anche per le ragioni storiche che hanno caratterizzato, nell'ultimo ventennio, la spesa sanitaria del nostro Paese, storicamente sottofinanziata rispetto ai bisogni, al di là degli sprechi e delle inefficienze emersi, connessi anche con il rapporto tra pubblico e privato, nelle diverse realtà territoriali. Sarebbe, quindi, opportuno intervenire sul versante delle entrate: è fondamentale, a tal fine, che la fonte di finanziamento del Servizio sanitario nazionale – perché esso possa mantenere il proprio carattere universalistico – sia reperita nella fiscalità generale e progressiva (quindi non attenuando il carattere progressivo del prelievo fiscale). Sul versante della spesa, la partecipazione dei cittadini deve essere davvero ricondotta alla fiscalità generale progressiva, ridotta anche dagli ultimi provvedimenti del Governo precedente (mi riferisco in particolare al secondo modulo di modifica del sistema di fiscalità nel nostro Paese).

I *ticket*, infatti, attenuano – fino a romperlo – il rapporto di progressività del prelievo fiscale, rischiando di produrre, in un secondo tempo, anche effetti negativi. Quanto ai comportamenti non corretti da parte dei cittadini (la mancanza di senso di responsabilità, per esempio, nel ritiro degli esami diagnostici), a nostro avviso, come è stato accennato nel programma, si potrebbe ovviare a tale inconveniente attraverso l'informaticizzazione e la tecnologia: si potrebbe evitare, così, di costringere il cittadino a spostarsi materialmente, facendo più volte la spola tra il medico di base (per farsi prescrivere gli esami diagnostici e poi controllarne gli esiti) e la struttura dove gli vengono effettuati gli stessi. Questo alto livello di mobilità personale all'interno del servizio sanitario può essere contenuto attraverso il potenziamento di strutture informatiche al servizio della cittadinanza.

Allo stesso modo, rispetto alla stabilizzazione della spesa sanitaria – che non dovrebbe subire una riduzione, ma attestarsi sullo stesso livello della media dei Paesi europei – dovrebbe essere garantito che anche i risparmi conseguiti come misure di intervento sull'efficienza e sull'efficacia possano essere destinati all'allargamento dei LEA (livelli essenziali di as-

sistenza sanitaria), così come ci eravamo prefissati. Nello stesso tempo, possono essere introdotte anche misure di contenimento della spesa su altri fronti: in particolare, un'accelerazione dei tempi di riallineamento della durata della brevettabilità dei farmaci, nel nostro Paese, rispetto alle medie europee, potrebbero probabilmente agevolarci nel conseguimento di un risparmio che potrebbe comportare poi il non ricorso alla partecipazione diretta dei cittadini.

Nel merito del documento presentato dal Ministro, ribadisco il nostro sincero apprezzamento per l'esordio, in particolare per l'accento posto sulle determinanti sanitarie, le quali incidono – lo sottolineo – sulle disuguaglianze di salute che ormai, nel nostro Paese, mostrano anche segnali allarmanti. Queste, infatti, non si manifestano con una stabilizzazione, ma, in alcune fasce sociali, con una riduzione dell'aspettativa di vita. E' stata rilevata, da ricerche epidemiologiche, una riduzione della durata media della vita di un operaio torinese rispetto a dieci anni fa, così come, di recente, anche la riduzione di un anno di vita delle donne che appartengono alle fasce di reddito più basse.

Ci viene consegnato davvero un grande carico e non è solo questione di rispondere alle aspettative, ma di intervenire sugli elementi strutturali: distribuzione del reddito, organizzazione dei luoghi di lavoro, sistema educativo, ambiente fisico e sociale. Questi sono tutti temi evidenziati nel documento, sui quali dovremo incentrare la nostra attenzione ed i nostri interventi, tenendo a mente che nei paesi in cui, in fatto di salute, vi sono indici di disuguaglianza minori di quelli esistenti nel nostro Paese, i salari sono più elevati, i servizi sociali più diffusi o migliori, si investe di più nella sanità e nel sociale e i tassi di produttività sono superiori, così come si utilizzano tecnologie più avanzate e si esporta di più. In questo senso, quindi, la salute, così come l'istruzione, è davvero elemento strutturale legato al reddito e condizione fondamentale per lo sviluppo, anche economico, del Paese.

Vorrei svolgere altre due considerazioni. Apprezzo, innanzitutto, il riferimento del Ministro al tema della partecipazione che, in realtà, pur esistendo gli strumenti legislativi, deve essere ancora realizzata nelle singole ASL. Spesso, infatti, i comitati di partecipazione dei cittadini e delle associazioni non sono stati attivati: guardiamo quindi con favore alla costituzione di una consulta e alla creazione di strumenti che promuovano la partecipazione a livello centrale e favoriscano poi un miglioramento complessivo della stessa anche a livello territoriale.

Per quanto riguarda la ricerca, anche su questo aspetto rinvio, per ragioni di tempo, alle osservazioni svolte nel corso dell'audizione del ministro Mussi presso le Commissioni Riunite 7^a e 12^a del 15 giugno e del 29 giugno 2006. Aggiungo, in proposito, che esiste un problema generale di indirizzo della politica di ricerca nel nostro Paese e, in particolare, della ricerca pubblica. Sarà necessario verificare i rapporti tra la ricerca pubblica e quella privata ed in particolare se la prima debba inseguire l'altra sul piano della competizione sul mercato o se invece, come noi pensiamo, la ricerca pubblica non debba avere anche altre finalità.

Condivido l'apprezzamento espresso dal senatore Bodini sulla previsione, nel documento presentato dalla Ministro, delle case per la salute. Lo ritengo un grande passo in avanti, soprattutto dal punto di vista della ricostruzione di un equilibrio tra ospedalizzazione, medicina del territorio, specialità ed alta specialità. Si tratta, infatti, di una delle grandi attese del nostro Paese, perché l'invecchiamento non avviene sempre in condizioni di salute, come sappiamo: c'è dunque un problema generale di benessere delle persone anziane. Penso, sotto questo profilo, al disegno di legge sulle non autosufficienze e all'allargamento dei LEA alla cura orale (preferisco usare tale espressione in luogo di quella cure odontoiatriche), con una chiara attenzione alla prevenzione e non soltanto alla riabilitazione e alla protesi successiva alla manifestazione di una patologia. Credo che siano profili che è necessario affrontare.

Condivido altresì quanto affermato dal senatore Bodini sul tema degli specializzandi e non mi soffermo sugli aspetti da lui richiamati.

Vorrei svolgere, invece, una considerazione sul piano dell'approccio culturale: pensiamo che l'umanizzazione nella sanità debba nei fatti tradursi in professionalità e in tempo per le relazioni tra medico ed assistito, tra operatori sanitari e persone assistite. L'umanizzazione, quindi, ha molto a che fare con la formazione, con le condizioni del lavoro nella sanità e, dunque, con tempi distesi nella relazione tra operatori sanitari e persone assistite. Certamente andrà poi affrontato il problema dell'emergenza infermieristica.

Concludo esprimendo un apprezzamento sull'iniziativa del Governo in merito all'attività *intra moenia*, della quale si sta discutendo, in questo momento, in Commissione bilancio, vale a dire della proroga del termine legata, però, ad un'attribuzione di responsabilità alle Regioni ed alle ASL, in un coordinamento a livello nazionale che preveda la creazione di un equilibrio tra l'attività istituzionale e l'attività *intra moenia*. Il problema delle liste di attesa sicuramente trarrà un giovamento dal fatto di mantenere tale equilibrio. Ferma restando la nostra contrarietà, in linea di principio, all'esercizio della libera professione inframuraria, crediamo che tale intervento sia apprezzabile in quanto tende a ricostruire le condizioni che dovrebbero garantire, come è auspicabile, il superamento di quel doppio binario nell'accesso ai servizi da tutti deprecato e vissuto dai cittadini, in particolare, come una vessazione e come una sostanziale iniquità (e lo è).

Torno a ripetere che la sfida che il Ministro e anche noi, come membri del Parlamento, abbiamo di fronte è di ristabilire un rapporto corretto tra economia e società. Infatti lo sviluppo e la crescita sociale – e quindi anche lo sviluppo della salute, dei livelli di istruzione e di reddito dei cittadini – è l'elemento fondante per ogni Paese che abbia l'aspirazione anche ad uno sviluppo economico adeguato per le ragioni che ho già precisato.

* PERRIN (*Aut*). Signor Ministro, le esprimo innanzitutto il mio apprezzamento sul documento da lei presentato, del quale condivido le linee

generali, le famose nove parole chiave del programma e gli obiettivi, cioè la promozione e l'equità della salute. Guardo inoltre con favore l'impegno che lei ha assunto per un dialogo continuo con il Parlamento.

Vorrei soffermarmi su alcuni punti che forse richiedono un maggiore approfondimento: si tratta di temi delicati, alcuni dei quali sono già stati richiamati dai miei colleghi.

Il primo punto riguarda il rapporto tra pubblico e privato ed il conseguente sistema degli accreditamenti.

Un'altra tematica che credo sia opportuno esaminare e rispetto alla quale svolgere anche un successivo dibattito è quella delle medicine alternative, alle quali ormai sappiamo che ricorre una grossa percentuale della popolazione. Rispetto ad esse vi è un interesse crescente, per cui penso che si debba procedere ad un'attenta analisi ed arrivare probabilmente a disciplinare, in qualche modo, l'utilizzo di tali medicine.

Un altro aspetto che intendo sottolineare è il rapporto di esclusività del medico ospedaliero, già affrontato dai colleghi che mi hanno preceduto. Merita attenzione anche il tema del ruolo del precariato medico e, soprattutto, la decisione di intervenire sugli specializzandi, prevedendo un loro inserimento anticipato nel mondo del lavoro.

Per quanto concerne, poi, la tipologia dell'edilizia ospedaliera, siamo d'accordo sull'impiego, quale indirizzo, del modello di ospedale Veronesi, a condizione che chiaramente non venga imposto in tutta una serie di situazioni: pensiamo, ad esempio, alle strutture ospedaliere esistenti all'interno dei nostri centri urbani e dei centri storici.

Nutriamo invece qualche perplessità sul *ticket* contro la negligenza e l'inappropriatezza, nel senso che temiamo che esso vada a penalizzare le fasce di cittadini più deboli, in particolare gli alcolisti ed i tossici. Siamo chiaramente d'accordo, al contrario, ove tale proposta possa servire a responsabilizzare gli attori principali del sistema: i medici prescrittori e le *lobby* dell'industria farmaceutica.

Ritengo importante l'obiettivo di puntare al 6,6 per cento del PIL per la spesa sanitaria, in modo che si allinei agli *standard* europei, così come condivido, anche in una logica federalista, la concessione dell'autonomia impositiva a livello locale.

Sono favorevole, inoltre, alla previsione della riforma del percorso universitario del medico che in Italia, rispetto ad altri Paesi europei, è molto più lungo, ma senza risultati apprezzabili, anche perché si fa pochissima clinica all'interno degli ospedali: si tratta di tematiche di natura generale che penso debbano essere assolutamente affrontate.

Svolgo, ancora, alcune brevi considerazioni sul rapporto con le Regioni. Chiedo, in rappresentanza del Gruppo Per le Autonomie, di evitare un neocentralismo, magari anche attraverso il ricorso ad una motivazione nobile, come la garanzia di equità di trattamento a tutti i cittadini.

È necessario chiaramente che il Ministero ed il Governo svolgano principalmente un ruolo soprattutto di indirizzo e che si attivi – come spero sia già stato fatto – un confronto molto serio e serrato con le Regioni, ossia con gli attori fondamentali della riforma sanitaria. Quindi oc-

corre in primo luogo favorire le collaborazioni fra le Regioni e nel documento sono stati citati anche degli esempi. Credo che ciò sia fondamentale proprio per creare un sistema che metta insieme tutte le energie, favorendo le eccellenze: dobbiamo puntare in alto senza mortificare i punti di eccellenza che alcune Regioni hanno raggiunto.

Vorrei poi svolgere delle brevi considerazioni sulla mia Regione, la Valle d'Aosta, che a mio avviso sta operando molto bene in questo settore, avviando anche collaborazioni e convenzioni con le Regioni confinanti (tra l'altro, la Valle d'Aosta ha la caratteristica di essere zona di confine e di frontiera) e con le regioni europee. Ciò rappresenta anche un invito a guardare oltre il nostro Stato: il problema sanità ha ormai natura europea. Questa è una necessità che sentiamo in modo particolare, e credo si possa in qualche modo avviare un rapporto costruttivo con le altre realtà d'Europa.

La Valle d'Aosta ha un particolare sistema di finanziamento della sanità e non so se i responsabili della nostra Regione abbiano già preso contatti con il Ministro a tale riguardo; la necessità è quella di definire un'intesa volta a regolare i rapporti finanziari tra Stato e Regione. La questione connessa alle competenze in materia sanitaria della Regione e riguardante l'accesso al Fondo nazionale politiche sociali credo sia ancora aperta e spero che vi sia un'equa assegnazione dei fondi al sistema regionale.

Concludo il mio intervento formulando al Ministro un augurio di buon lavoro; in questo settore, credo dobbiamo augurarcelo tutti.

* CAFORIO (*Misto-IdV*). Signor Presidente, vorrei congratularmi innanzitutto con il ministro Turco per l'ambizioso, ma necessario, programma in materia di salute illustrato nelle linee guida. Vorrei soffermarmi in particolare su alcuni punti.

Per quanto riguarda la promozione dei LEA, condivido il passaggio del documento programmatico del Ministro laddove auspica la promozione di una politica sanitaria tesa a rendere effettivamente uniformi su tutto il territorio nazionale i LEA. Il Ministro, infatti, ha recentemente ribadito che nella pleora di Commissioni e sottogruppi esistenti gli unici due organismi ancora indispensabili sono proprio la Commissione per la definizione dei LEA e il Comitato per la valutazione e il monitoraggio degli stessi. Ritengo pertanto che il lavoro di questi organismi dovrà necessariamente allinearsi ad una politica del dialogo e del confronto con i soggetti che ogni giorno operano professionalmente per il sistema «salute».

In tema di politica della disabilità, esprimo la più ampia condivisione agli obiettivi da realizzare nel breve termine così come illustrati nel programma, tra cui il problema dei disabili, e del Mezzogiorno. Una politica per la disabilità e per la non autosufficienza deve necessariamente prevedere riforme forti e concrete che abbiano come punto di partenza e di arrivo il cittadino utente, prima di tutto, e il confronto costante con questo ultimo nel lavoro di revisioni politiche per l'*handicap*. A tal fine si raccomanda la costituzione, presso il Dicastero della salute, della Commissione

ministeriale per le politiche sanitarie in materia di disabilità, istituita nel 2002 dall'allora sottosegretario Guidi.

Tra le riforme più attese dagli utenti disabili vi è sicuramente quella relativa all'assistenza protesica, non più rinviabile. Proprio oggi ho preso parte ad un convegno in cui è stato ampiamente affrontato questo tema, ma ritengo vi siano problemi ostativi da parte del Ministero e vorremmo venirne a capo. Una proposta di revisione a tal riguardo esiste già: è stata elaborata e conclusa dal tavolo tecnico per la revisione del nomenclatore lo scorso mese di aprile ed è già condivisa dalle parti sociali. Si tratta ora di agevolarne l'*iter* di promulgazione attraverso l'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni e quindi l'approvazione in Consiglio dei ministri.

Una particolare attenzione va altresì posta al problema delle famiglie dei disabili e al cosiddetto «dopo di noi». Il genitore o il parente che si prefigge di assicurare una situazione di sicurezza economica e affettiva al soggetto disabile, nel pieno rispetto della sua soggettività e dei suoi diritti, non trova oggi nel nostro ordinamento un istituto giuridico in grado di soddisfare appieno tutte queste esigenze. In tal senso, va attuata concretamente la politica del «dopo di noi», possibilmente attraverso la realizzazione di centri pilota e l'attivazione di tutti quegli istituti giuridici previsti dal nostro ordinamento e suscettibili di attuare tale obiettivo.

La legalità è sicuramente un altro punto di forza del programma illustrato dal Ministro; legalità intesa come trasparenza nella gestione della sanità. Mi unisco al pensiero del Ministro laddove punta ad un obiettivo di sanità trasparente ed efficiente in cui siano valorizzati il merito, le competenze, le professionalità, i risultati raggiunti ed in cui sia data piena fiducia ai medici e agli operatori sociali e sanitari. È necessario però vigilare affinché chi è chiamato a ricoprire cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti sanitari espletati il proprio mandato in modo imparziale e avulso da qualsiasi interesse politico o economico di parte.

Per quanto riguarda la formazione continua in medicina, un altro tassello fondamentale per la realizzazione di questo percorso è rappresentato proprio dalla formazione professionale del personale sanitario. Ma gli strumenti a disposizione oggi, tra cui in primo luogo l'ECM, devono essere ricondotti nel giusto alveo del criterio di educazione sanitaria. Attualmente il sistema ECM è obbligatorio ed è basato sull'equivoco che la formazione non esista e non abbia valore se non sia certificata in punti, in crediti. Il sistema non prevede però al suo interno metodi adeguati di valutazione dei risultati delle attività formative.

Pertanto, l'obiettivo che lo Stato deve prefiggersi attraverso una revisione del sistema dell'ECM è quello di un aggiornamento non semplicemente inteso come incremento di conoscenza, ma come miglioramento della qualità delle cure erogate al paziente. L'efficacia del sistema formativo quindi non può dipendere esclusivamente dell'accumulo di punti o crediti, ma da un'effettiva crescita professionale e anche da una selezione rigorosa di chi è chiamato a realizzare gli eventi formativi.

A tale riguardo si raccomanda una veloce revisione dell'attuale sistema di accreditamento dei *provider* (organismi preposti alla valutazione degli eventi formativi destinati agli operatori sanitari), nel senso di limitare la qualifica di *provider* unicamente ad associazioni di categoria e società scientifiche. Ciò al fine di evitare un possibile conflitto di interesse nel campo della sponsorizzazione degli eventi formativi, ma anche a contrastare quelle società che nascono proprio per lucrare sulla formazione.

* CURSI (AN). Signor Presidente, signor Ministro, ho letto con attenzione le quattro pagine costituenti l'intento programmatico con cui il Governo si è presentato ai due rami del Parlamento.

In un articolo che voglio leggere ai membri della Commissione, apparso su un giornale qualificato a firma di un giornalista di cui poi dirò il nome, si legge che: «Livia Turco, stimata ministro della sanità ha esposto le linee guida del suo programma non ancora peraltro suffragato da una definizione di investimenti che si intendono attuare, in particolare per quanto concerne il progetto straordinario di sostegno al Mezzogiorno, al fine di garantire ai cittadini del Sud le stesse possibilità di cura degli altri e ridurre i costosi flussi migratori di malati verso altre Regioni. Restano ancora appese all'incertezza finanziaria le forme del maggiore impegno verso gli anziani, i disabili e la salute mentale, così come la realizzazione delle nuove case della salute indicate come una struttura essenziale per erogare sul territorio le cure primarie». Poi viene la parte della disamina riferita ad un tema che il ministro Turco tocca nella sua relazione, relativo alla scelta dei *manager*, quindi la parte che riguarda il sistema concorsuale. L'autore dell'articolo tratto da «La Repubblica» del 3 luglio scorso è Mario Pirani.

Uno dei temi fondamentali, di cui non si trova il benché minimo accenno in questa relazione, è a quali e quante risorse finanziarie sia possibile fare riferimento. Tutti siamo convinti che si debba arrivare ad una percentuale del PIL pari al 6,6. Dobbiamo però capire se quest'anno riusciremo a raggiungere il 6,2 per cento, che questo anno c'è stato come anche lo scorso anno. Dal documento di programmazione economico-finanziaria, da quello che ho sentito sia dalla relazione sia dagli interventi fatti in questa sede (e poi vedremo anche in Aula), non mi sembra di capire che ci saranno certezze di finanziamento.

Tutto questo è ulteriormente peggiorato dal fatto che nei giorni scorsi il ministro Padoa Schioppa ha detto chiaramente che tra le quattro emergenze, tra i quattro settori che devono necessariamente essere rivisitati e tagliati, c'è la sanità. Allora si tratta di capire come sia possibile immaginare una elencazione di interventi, che possiamo anche condividere e sottoscrivere *in toto*, quando non si capisce con quali e quanti soldi potremo finanziarli.

Quando all'interno di una relazione non vengono indicate in maniera precisa le risorse, si tratta di capire in quale modo sia possibile trovare delle soluzioni. Vorrei ricordare che nel corso dell'ultimo decennio la spesa sanitaria è passata da 48 miliardi di euro nel 1995 a 87 miliardi

di euro dell'anno 2004, con un incremento percentuale di circa l'81 per cento.

C'è poi il problema del sistema di controllo della spesa. Il Ministro cita giustamente, fra i sistemi di controllo elencati nella sua relazione, l'appropriatezza e la lotta agli sprechi, che io sottoscrivo, quali aspetti fondamentali della programmazione di Governo. Probabilmente c'è l'esigenza di mettere in cantiere la neo costituita Commissione nazionale sulla appropriatezza, prevista dalla legge finanziaria n. 266 del 2005, e formata da rappresentanti delle Regioni oltre che dai medici di medicina generale. Essa rappresenta uno strumento fondamentale nella lotta agli sprechi. Ho la sensazione che probabilmente vi sia una manovra da parte delle Regioni che osteggiano questo tipo di soluzione, perché la considerano una forma di controllo sul loro operato.

Avremmo voluto capire in maniera seria – e spero che il Ministro lo chiarirà in sede di replica – le reali intenzioni della sua azione di governo e la reale capacità di monitoraggio e di indirizzo nei confronti della rivendicata autonomia dei Governatori.

Ministro Turco, vorrei ricordare che il ministro Padoa Schioppa ha dichiarato, in Commissione o in Assemblea (non ricordo bene) che le sei Regioni che hanno sfiorato e che quindi sono soggette alla mannaia della finanziaria, dovrebbero aver presentato dei piani. Dico al Presidente della Commissione che sarebbe opportuno conoscere questi piani, in quale modo sono articolati e con quali soldi possono fare fronte; è opportuno inserire nel calendario delle prossime sedute questo tipo di conoscenza perché è in questo modo che riusciremo a capire se le Regioni hanno predisposto in maniera seria questi piani oppure se c'è qualcuno che continua a giocare con le parole e se la tutela e l'accompagnamento da parte del Ministero e del Governo serve a risolvere i problemi o solo a rinviarli. Anche questo è un dato importante.

Quanto al concetto della salute, ho già espresso in più sedi la preoccupazione che se non ci intendiamo sul tema della salute (e ricomprendo in esso non soltanto il tipo di assistenza sociale e sanitaria ma anche la spesa farmaceutica) c'è il rischio che la tutela svolta per lunghi anni in maniera pressante dal Ministero del tesoro e contestata l'anno scorso dall'allora opposizione, oggi maggioranza (eravamo soggetti comunque ad una visione economicistica della sanità), trovi ora un puntuale riscontro, addirittura con l'aggravante del controllo del Ministero del tesoro e del Ministero dello sviluppo economico (se è vero che il decreto Bersani, che tocca materie riguardanti anche la sanità, non ha ricevuto una sottoscrizione da parte del Ministro della salute). C'è l'esigenza di capire in che modo ci si muove e se sotto la tutela di due Ministeri oppure di uno solo; in tal caso scordiamoci di poter arrivare al 6,9 per cento e speriamo di poter arrivare al 6,2 anche quest'anno.

Perché poi vorrò vedere quale sarà l'atteggiamento della Conferenza delle Regioni, che stranamente è abbastanza silente in queste ultime settimane, Conferenza delle Regioni che ha rivendicato e rivendica sempre – ed è giusto che lo faccia – un aumento del Fondo sanitario nazionale in

quanto lo ha sempre ritenuto sottostimato. In queste settimane, però, non si esprime. Allora delle due l'una: o i 3,5 miliardi di euro necessari a pareggiare il contenzioso con le Regioni non servono più oppure c'è un atteggiamento in qualche modo omissivo da parte delle Regioni stesse rispetto ad una prestazione sanitaria e socio-assistenziale, che comunque le Regioni poi dovranno garantire. Qualche giorno fa abbiamo scoperto il *ticket*, che adesso si chiama *ticket* partecipativo (perché si vuole che la gente sia più contenta e dire partecipativo significa che la gente è contenta di andare in ospedale: trent'anni fa si andava in ospedale portandosi le lenzuola ed il cuscino, oggi si dirà che qualcuno porterà anche il letto, però partecipando e quindi con grande entusiasmo). Ho letto questo termine sui giornali, non me lo sono inventato.

Noi non siamo contrari al *ticket* se esso risponde alla logica di rendere in qualche modo consapevoli i cittadini che ormai la spesa sanitaria e farmaceutica non può andare oltre i limiti consentiti. Non vorremmo però che anche in questo ci fosse una sorta di strana sindrome. Ricordo che nel 2000 alcune forze politiche abolirono il *ticket* in quanto esso rappresentava un'ingiusta pressione nei confronti del cittadino che non doveva pagare i farmaci. Poi arrivammo nel 2001 e trovammo la spesa farmaceutica al 33 per cento.

Quanto agli anziani e al Mezzogiorno, io faccio mia, e forse la presenteremo, una proposta di legge presentata nella scorsa legislatura avente come primo firmatario l'attuale ministro degli esteri D'Alema. Tale proposta riteneva opportuno stanziare tanti soldi per il Mezzogiorno. Ci auguriamo che questi soldi ci siano perché, lo dico al ministro Turco, sarò il primo a sottoscrivere quel tipo di proposta, che però non va nell'ottica delineata nella sua relazione, che forse non ho letto bene. La proposta di legge a firma D'Alema prevedeva la creazione di un fondo che funzionasse da compensazione rispetto ad un Governo che in quel modo non riusciva a garantire al Mezzogiorno soldi in più per potere in qualche modo trovare un equilibrio con il resto del Paese e destinati alle strutture sanitarie e tecnologiche.

Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, bisogna applicare la stessa logica: è poca cosa leggere in un documento e nel DPEF che ci si deve occupare di loro. Mi auguro che, anche in questo contesto, si renda noto quanti fondi si devono stanziare a tal fine (la cifra dovrebbe essere calcolata intorno ai 6-7.000 miliardi) e che questo trovi puntuale riscontro oggi in termini generali, domani, in termini più precisi.

Desidero rivolgere al ministro Turco una sollecitazione: alcune necessità espresse nella sua relazione hanno già trovato un puntuale riscontro di operatività in molte Regioni (allora di centro-destra, oggi tutte di centro-sinistra). Quando si parla di «case della salute», va ricordato che le unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) esistono già da diversi anni, esistono come integrazione socio-sanitaria delle cure primarie a livello nazionale e sono già operative in molte Regioni (hanno fornito risposte, anche importanti, rispetto, ad esempio, ad alcune patologie che riguardavano le strutture a favore degli anziani).

Queste problematiche andrebbero approfondite, come, del resto, auspico che i temi previsti dalla finanziaria, approvata da questo Parlamento nel dicembre dello scorso anno, trovino attuazione. Sarebbe opportuno, signor Presidente, inquadrare in un preciso contesto l'attuazione di quella legge. Essa, infatti, toccava diversi temi, come i LEA. Devo dare atto al Ministro di aver seguito attentamente la problematica: mi fa piacere che abbia accelerato questa procedura, perché, attraverso quel tipo di controllo, riusciremo forse a raggiungere buoni risultati. Inoltre affrontava i piani regionali, cui ho fatto riferimento prima e spero che alla ripresa autunnale dei lavori riusciremo ad avere un incontro con il Ministro, anche per supportarlo in quest'opera di sostegno, che tocca diversi interessi, ed il tema dell'appropriatezza e del controllo. Nella legge finanziaria era stato previsto un sistema di controllo ed una Commissione, il SIVEAS (non so se sia stata costituita), che avevano proprio quest'obiettivo: comunque dovevano servire a ridurre le spese.

Esprimo una valutazione positiva sul riferimento, effettuato dal Ministro nella relazione, alla sicurezza alimentare, a cui probabilmente va collegato il discorso dell'*Authority*, prevista a Parma, dove si sta avviando una nuova fase. Abbiamo visto quanto è importante il tema della sicurezza alimentare ed è perciò necessario che il Ministero della salute presti grande attenzione verso questo argomento, così come nei confronti della veterinaria. Ritengo rilevante l'ipotesi di un piano pluriennale dei controlli, per il triennio 2006/2009, da presentare in Conferenza Stato-Regioni, dal momento che coinvolge il territorio, che è poi quello che svolge direttamente ed indirettamente questo tipo di lavoro.

Prima di concludere il mio intervento, vorrei brevemente accennare a due questioni incluse nella relazione che, a mio avviso, sono cruciali. La prima riguarda un tema rilevante in questo momento di grande confronto con le aziende farmaceutiche: gli accordi di programma, che sono accennati nella relazione sul programma. Auspico che (e anche questa sarà una nostra richiesta a livello conoscitivo al Ministero) sia possibile arrivare, quanto prima, ad un decreto, in modo tale che gli obiettivi che vengono richiamati nella relazione del Ministro possano trovare puntuale applicazione. Questi obiettivi sono: la ripresa degli investimenti nella ricerca, la ripresa dell'occupazione in quel settore (anche attraverso l'utilizzo di personale specializzato, che così non dovrà recarsi all'estero per lavorare) e soprattutto una condivisione diretta delle aziende farmaceutiche, che dovranno dichiarare dove, come e quando fanno investimenti e quanti posti di lavoro possono creare; ovviamente, dovrà esservi da parte nostra un serio impegno, visto che il Ministro l'ha ammesso in maniera molto decisa, a favorire e facilitare tutte le ipotesi registrative che sono poi il dato più importante che vogliono.

La seconda e ultima questione che intendo sottoporre alla vostra attenzione riguarda l'assistenza psichiatrica, prevista dalla legge n. 180 del 1978. Ricordo che era stata istituita una Commissione che aveva solamente l'obiettivo di monitorare, a livello nazionale, lo stato di attuazione della legge n. 180, che è ormai datata. Sono fra coloro che ritengono che

questo provvedimento debba essere salvaguardato nel suo impianto originario – quello di una legge-quadro – trovando disponibilità, fondi ed operatori e coinvolgendo l'associazione dei parenti dei malati, con i quali abbiamo già avuto alcuni incontri. Nel rivisitare quella legge, bisogna fare in modo che, all'interno del piano di investimento che il Ministero sta predisponendo in sede di Conferenza Stato-Regioni, si trovi anche solo lo 0,001 per mettere in piedi strutture dislocate nel territorio: soltanto attraverso di esse è possibile rispondere positivamente a quel tipo di inconveniente.

* PRESIDENTE. La ringrazio, vice presidente Cursi, per aver sottolineato la necessità di valutare l'attuazione di alcuni specifici progetti inseriti nella legge finanziaria approvata lo scorso dicembre. Sono sicuro che non le sfugge che, proprio ieri, è stata approvata l'istituzione della Commissione d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale, che ha tra i suoi compiti proprio alcune di queste finalità.

* CURSI. Signor Presidente, dal momento che conosciamo i tempi di lavoro delle commissioni d'inchiesta, spero che il Ministro sia disponibile per un incontro a metà settembre.

* PRESIDENTE. Sono sicuro che questa Commissione d'inchiesta lavorerà molto bene.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Signor Presidente, signor Ministro, trent'anni fa avvenne l'incidente dell'ICMESA a Seveso, da cui poi sono nati una gran campagna, il movimento «Medicina Democratica» e, essenzialmente, la coscienza di una forte relazione tra la produzione, il lavoro, il territorio, l'ambiente e la salute.

Ho deciso di dare inizio al mio intervento citando tale episodio perché vorrei ricordare la dolcissima figura di Laura Conti, che su questo ha molto lavorato e che tanto ha fatto affinché la salute non fosse circoscritta alla questione medica, ma investisse tutto il territorio e la quotidianità della vita.

Leggendo ed ascoltando la sua relazione, signor Ministro, ho condiviso tali questioni, in riferimento all'articolo 32 della Costituzione, per cui la salute deve avere un approccio che inglobi l'individuo, il territorio ed il cibo. Non è una questione che riguarda solo i medici, gli specialisti o le terapie ma è ancor più importante, specialmente se è vero (verificherò quanto il Governo investirà realmente in tal senso) che la salute non può essere una questione economicistica, una variabile in riferimento a tendenze del capitale, ma un diritto universale che va comunque garantito.

Signor Ministro, trovo molto interessante anche la griglia interpretativa dell'abecedario che ci ha fornito, su cui imposta e imposterà il lavoro dei prossimi cinque anni (speriamo anche dieci o quindici) di questo Governo. Tale griglia mi convince molto anche se, forse, avrei aggiunto – dandogli maggiore rilievo – il tema della prevenzione, non perché non sia presente nella sua relazione, ma perché credo rappresenti ancora uno dei

punti centrali in riferimento sia alla lotta contro gli sprechi, sia all'educazione sanitaria, affinché la stessa non sia solo medicalizzata, terapeutica e disciplinato dal punto di vista legislativo.

Condividendo, quindi, la sua relazione, mi permetto di sottolineare alcuni punti che, non dico debbano essere aggiunti, ma che mi sembra siano stati, in parte, leggermente trascurati, dal momento che rientrano nello schema programmatico proposto dal Ministero.

La prima questione che vorrei sollevare riguarda la salute degli stranieri che rappresenta un problema di rilevanza non indifferente. L'Italia – e ciò fa onore al nostro Paese – garantisce assistenza sanitaria a tutti coloro che hanno immediata necessità di ricovero, contrariamente agli altri Paesi dove questo non accade. Altrettanto non vale però in caso di malattie croniche e di altre situazioni problematiche evocate nel corso del dibattito.

Mi permetto poi di sollecitare alcuni interventi mirati: la vaccinazione per tutti; la tutela della gravidanza; della maternità e della diffusione capillare della procedura che indica il figlio come da «donna che non vuole essere nominata»; la tutela degli stranieri che hanno subito danni permanenti da infortuni sul lavoro (problema terribile ormai in diffusione a seguito soprattutto delle nuove norme schiavistiche del mercato del lavoro nel nostro Paese); la tutela dei cittadini stranieri che contraggono patologie croniche, con un rinnovo automatico del permesso di soggiorno per cure mediche. Ad ogni modo, sull'immigrazione il programma dell'Unione è condivisibile muovendosi proprio in tale direzione.

Sempre sul piano della sanità, richiamo l'attenzione sull'opportunità di ridurre i tempi per il ricongiungimento e per la concessione dei visti di ingresso per i parenti di cittadini stranieri; mi riferisco, ad esempio, quanto alla salute a procedure diagnostiche e terapeutiche, come il trapianto di midollo o quanto a motivi umanitari, a patologie fortemente invalidanti e tali da richiedere assistenza anche affettiva.

Pur essendo fermamente convinto che, sia nel programma dell'Unione, sia in quello che lei, signor Ministro, ci ha esposto, questi profili siano presenti, ho ritenuto comunque opportuno nuovamente sottolinearli.

Vorrei ora spendere qualche parola sull'AIDS. Questa Commissione ha già preso atto dell'urgenza di istituire una Commissione d'inchiesta che attivi le procedure d'intervento necessarie per affrontare tale malattia. Pur essendo certo che ciò avverrà, mi permetto di sottolineare al riguardo una duplice urgenza. Innanzitutto, l'immediata distribuzione e pubblicizzazione dei preservativi, che nel nostro Paese hanno un costo eccessivo, il più alto d'Europa (come del resto anche il sesso è più caro); peraltro, già nella scorsa legislatura sono state presentate proposte volte a ridurre i costi. È un problema molto serio non solo rispetto alla diffusione dell'AIDS ma anche di altre patologie legate alla sessualità, come la sifilide e l'epatite C.

In secondo luogo, ritengo che sull'HIV si stia diffondendo nella popolazione italiana e segnatamente tra i giovani una strana concezione: non è considerata più come malattia mortale ma cronicizzata e di conseguenza

si è sensibilmente abbassata la soglia di attenzione rispetto al reale pericolo che essa può rappresentare e al livello di cura necessari per sé e per gli altri. In attesa dei lavori che questa Commissione e il suo Ministero svolgeranno in vista del 1° dicembre, che è la giornata internazionale della lotta contro l'AIDS, invito il Ministro a rinnovare almeno una campagna d'informazione (che peraltro il Ministero già fa da tempo) pilotata e finalizzata ad evidenziare che questo pericolo ancora esiste e che si rischierebbe di essere molto incoscienti a trascurarlo.

Un altro aspetto cui lei ha fatto solo cenno concerne le medicine non convenzionali, tema affrontato e dibattuto nella scorsa legislatura, soprattutto alla Camera dei deputati e sul quale si era quasi giunti al varo di una normativa. In relazione anche ai provvedimenti e alle deliberazioni del Parlamento europeo, si debbano formalizzare giuridicamente le figure degli operatori del settore. Come tanti altri, anch'io serbo massima prudenza in materia, atteso che il problema principale è, comunque, la difesa della salute e del benessere delle persone. Considero pertanto necessario il massimo rigore da parte sia del Governo sia delle istituzioni, tenendo conto però del principio della libertà terapeutica. Essendo argomento molto dibattuto, in vista anche delle normative europee, reputo ormai maturi i tempi per disciplinare nel nostro Paese la materia, ancorchè solo con riferimento al ruolo degli operatori e all'accreditamento dei vari settori. Sarebbe un primo modo per avviarci in direzione della definizione di un chiaro quadro istituzionale in tema di medicine non convenzionali.

Sulla legge Fini-Giovanardi in materia di droga ho poco da aggiungere rispetto a quanto dichiarato dal Ministro. È una legge stupida, inutilmente repressiva ed inefficace ed è necessario convocare, finalmente, tutto il mondo degli operatori, delle associazioni e, spero, delle persone direttamente interessate, per verificare – in questo caso, sì – non solo come ridurre il danno, ma anche una normativa di certezza che impedisca che le nostre carceri (tra l'altro sempre libere dai grandi criminali) si riempiano di chi fuma, magari, uno spinello.

Il benessere degli animali è un altro argomento molto serio rispetto al quale fortunatamente esiste una sensibilità a livello internazionale. Senza tema di smentite, ritengo che sia il programma dell'Unione (e quindi l'orientamento del Governo), sia le parole su cui il Ministro ha impostato la sua relazione programmatica, si muovano in direzione del superamento tendenziale della vivisezione e di un benessere meno relativo degli animali, quindi contro l'utilizzo di questi esseri viventi e la crudeltà nei loro confronti. Peraltro, ormai, anche le massime riviste internazionali del settore sostengono l'inutilità di testare i prodotti sugli animali.

Convengo profondamente sulla rilevanza del tema «cibo», evidenziato dal collega Cursi, inteso in termini di salute e, ancor più, di benessere, esteso alla quotidianità e attento alla qualità della vita grazie anche alla genuinità degli alimenti. Tutto questo pacchetto di provvedimenti potrebbe rappresentare una ricchezza economica per il Paese in termini di valorizzazione sia delle nostre arti e tradizioni culinarie, sia – non sembri una sciocchezza – della qualità del vivere in una realtà caratterizzata da

splendide città artistiche con piazze in cui la gente può riunirsi e le relazioni interpersonali possono ricevere un accudimento sanitario in riferimento alle necessità che pongono. Cosa sarebbe la spesa sanitaria se le nostre comunità non esistessero più e se non vi fossero i nuclei familiari, specialmente le donne, che soddisfano le necessità degli anziani malati e dei disabili creando quella rete relazionale di diritti che dovrebbe essere garantita dallo Stato?

Daremo il nostro pieno apporto in questa direzione perché fermamente convinti di quanto riferito dal Ministro Turco. In quest'ottica, discorsi economicisti sul risparmio e sulla salute non hanno alcun senso. Ha molto senso, invece, evitare sprechi nel settore della salute e definire le procedure effettivamente idonee a verificare (mi convince molto il controllo da lei richiamato) il «rapporto qualità-prezzo» – espressione ricorrente nel campo del *business* - rispetto alla spesa e all'effettiva crescita del benessere della nostra popolazione.

Di fronte a tale impostazione bisogna lottare strenuamente affinché il ministro Padoa Schioppa non ragioni in termini di riduzione di spesa perché non si gioca sulla pelle delle persone. Attuiamo tutto ciò che serve a risparmiare, razionalizzare, senza medicalizzare tutto, anzi, con un ampio respiro educativo e di trasformazione, tenendo sempre presente che gli individui vivono in una collettività e in un ambiente strettamente legati alla salute.

La ringraziamo per la sua relazione, signor Ministro, e le confermiamo il nostro pieno appoggio.

* TURCO, *ministro della salute*. Onorevoli colleghi, vorrei innanzitutto esprimere il mio ringraziamento al Presidente e a tutti gli intervenuti. Considero questo dibattito l'avvio non solo di un confronto ma anche di una fattiva collaborazione. Forte dell'esperienza sin qui acquisita, sono convinta che sul tema della salute sia molto importante lavorare insieme, guardando ai risultati piuttosto che agli scontri politici. Ovviamente esistono differenze di posizioni, ma credo sia necessario collaborare per ottenere risultati a vantaggio di un bene tutelato qual è, appunto, la salute. E sostengo ciò in modo non formale.

Nel corso del dibattito è emersa una significativa presenza in Commissione di persone competenti in materia. È quindi mio auspicio che, grazie alla loro disponibilità, si sviluppi una collaborazione a sostegno non solo degli atti legislativi ma anche dei veri e propri atti di Governo.

Riprenderò alcune questioni di fondo che sono state poste per poi rispondere alle domande formulate. Ringrazio nuovamente le colleghe e i colleghi che hanno accolto e fatto proprio lo sforzo di porre l'accento sulla salute e sui fattori alla stessa relativi. Come ho indicato nell'esposizione della mia relazione programmatica, siamo in procinto di istituire un gruppo di lavoro e stiamo verificando la congruità delle Commissioni già esistenti. È nostro intendimento istituire poche Commissioni una delle quali avrà il compito di elaborare un piano interministeriale per la promo-

zione e l'equità della salute che nel nostro Paese rappresenta una vera e propria innovazione, non avendo precedenti.

Ci sollecitano in tal senso le esperienze regionali dei programmi intersettoriali per la salute. Il senatore Ghigo, che è stato presidente di una Regione, sa bene quanto i piani intersettoriali per la salute e la prevenzione (cito per tutti il professor Sante Baiardi) rappresentino un'elaborazione che ha già sedimentato alcune esperienze. L'esperienza inglese, le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e il lavoro molto significativo realizzato in Italia dagli epidemiologi non solo suggeriscono ma soprattutto consentono di fare questo tentativo. Ringrazio, pertanto, chi ha sottolineato l'importanza di questo approccio a favore dell'innovazione e concordo con chi ha sostenuto che una visione non economicista significa porre un forte accento sugli aspetti della formazione, della professionalità e della valorizzazione delle professioni sanitarie nel loro complesso.

Domani, tra l'altro, presenteremo in Consiglio dei ministri il decreto di attuazione della legge sulle professioni sanitarie non mediche, che – ricordo – è stata approvata all'unanimità. Grazie al lavoro prezioso del sottosegretario Patta e di tutte le associazioni, presenteremo in tempo utile la delega di applicazione di tale legge.

Mi soffermerò sulla considerazione espressa dai senatori Tomassini, Ghigo e Cursi, secondo la quale si sarebbe in presenza di una sorta di libro dei sogni, non essendovi nel DPEF alcuna indicazione in termini di risorse; conseguentemente, il Ministero della salute correrebbe il rischio di essere privo di autonomia, schiacciato dal Ministero dell'economia e da quello dello sviluppo economico. Ebbene, queste affermazioni non corrispondono al vero e lo sapete: nella costruzione del DPEF abbiamo svolto un nostro ruolo di proposta. Non a caso, non è un documento economicista, visto che vi è al centro una valutazione della politica della salute: da un lato, un apprezzamento del sistema sanitario italiano, come confermano tutti gli indicatori e l'Organizzazione mondiale della sanità; dall'altro, una valutazione delle criticità del sistema interne ad una politica sanitaria e della salute.

Le criticità del sistema individuate sono costituite dal permanere delle liste di attesa, dalla mancanza di un sistema in grado di prendere in cura il cittadino e di promuovere la continuità assistenziale, misurandosi con i nuovi bisogni della salute, con la convivenza con la malattia e non solo con la prospettiva di salvare la vita. Su questo fronte non siamo ancora attrezzati.

Questa è la grande sfida che abbiamo di fronte e non può passare inosservato l'approccio nel DPEF al tema della spesa sanitaria tutt'altro che economicista: si dichiara, infatti, che la spesa sanitaria è in crescita, ma in relazione ai bisogni della salute e al costo delle innovazioni tecnologiche.

A tutti sarà accaduto di misurarsi con le questioni poste dalle case farmaceutiche che propongono farmaci innovativi, soprattutto in campo oncologico. Il costo di tali farmaci ci impone un interrogativo: come ci

si rapporta rispetto alle grandi innovazioni che servono alla cura dei cittadini? Valutare la costruzione della spesa sanitaria solo relativamente alla spesa storica può essere limitativo e rappresenta indubbiamente un problema reale, dal momento che non si tiene conto delle innovazioni.

L'approccio contenuto nel DPEF non riguarda solo il Ministero dello sviluppo economico o quello dell'economia, ma anche il Ministero della salute. È vero che non è indicata la percentuale dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL. Tuttavia, anche se avrei preferito che tale riferimento vi fosse ai fini soprattutto della certezza dei tempi, vi sono altre indicazioni che costituiscono dei vincoli all'interno dei quali si dovrà costruire il disegno di legge finanziaria.

I vincoli sono i seguenti: la spesa sanitaria dovrà concorrere alla riduzione del tendenziale 2006-2007 e dovranno essere garantiti i livelli essenziali di assistenza. Vogliamo tornare ad investire nella sanità, nell'edilizia e nell'innovazione tecnologica; atteso che gli investimenti rappresentino una componente cruciale con riferimento anche al Mezzogiorno, richiamato dal senatore Cursi. Dunque, sono previsti due paletti molto precisi, posto che devono essere garantiti i livelli essenziali di assistenza.

La sanità deve comunque dare un suo contributo rispetto alla pesantissima eredità ricevuta. Il DPEF prevede un risanamento di 35.000 miliardi di euro e uno sforzo per la crescita. Le cifre in esso contenute sono molto chiare e sicuramente non sono frutto di una volontà politica, ma di uno stato del Paese e di un'eredità che abbiamo ricevuto.

A tutto ciò bisogna ineludibilmente fare fronte. Per riavviare la crescita di questo Paese e perseguire una politica di equità, bisogna impostare la politica di risanamento, che abbiamo perseguito quando eravamo al Governo ma anche quando eravamo opposizione, dando un nostro contributo in tal senso.

Questo è il pesantissimo quadro entro il quale oggi ci troviamo ad operare. Mantenere livelli essenziali di assistenza e rilanciare gli investimenti nella sanità è un obiettivo ambizioso e coerente con il DPEF: bisogna promuovere rigore, investimenti, crescita ed equità. Questo è lo sforzo che dovremo compiere realizzando un'azione di massimo concerto con le Regioni, che non sicuramente non ci fanno nessuno sconto, come si evince dal documento presentato ieri in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni.

Al di là della Conferenza unificata, come primo atto, ho ritenuto opportuno istituire un tavolo di lavoro costante con le Regioni che riuniremo la prossima settimana con all'ordine del giorno la costruzione del patto per la salute, di cui nel DPEF vi è abbondantemente traccia.

Rivendico la funzione del Ministero della salute. Il DPEF non contiene indirizzi generici ma indica una precisa scommessa e il Governo dovrà essere valutato sulla capacità che riuscirà a dimostrare nel saperla vincere. Chi ha governato le Regioni conosce la portata di questa scommessa: combattere la malasànità e gli sprechi, che sono tanti e si trovano anche nelle zone di inappropriatazza. Ho attivato la Commissione sui LEA che seguirò molto da vicino, giacchè esistono dati molto interessanti. Lavo-

rando sui livelli essenziali di assistenza ed entrando segnatamente nel merito si individuano zone di inappropriata che possono essere superate e che comportano miglioramenti nella qualità dei servizi e risparmi. Questo è il sentiero che deve essere perseguito e che è sicuramente di rigore e di superamento degli sprechi e delle zone di inappropriata.

La sfida contenuta nel Documento di programmazione economico-finanziaria è dare agli stanziamenti a favore della sanità certezza e serenità. La spesa sanitaria rappresentata in una condizione di continua emergenza, come un fondo incontrollabile, con conti permanentemente in rosso, danneggia moltissimo la sanità. Bisogna mettere sotto controllo la spesa sanitaria e definire un meccanismo di finanziamento che garantisca certezza di risorse e premi gli atteggiamenti e i comportamenti virtuosi. È una sfida difficile che abbiamo sottoscritto e rispetto alla quale vogliamo essere valutati. Atti molto forti si muovono in questa direzione.

Sarò contenta di sottoporre a questa Commissione i piani di rientro che le Regioni hanno presentato su nostra richiesta in ottemperanza ad una norma della scorsa legge finanziaria, che non abbiamo scritto noi, che avremmo potuto derogare ma che abbiamo preferito lasciare in vigore perché il rigore nella sanità rappresenta una battaglia che sentiamo di dover portare avanti fino in fondo, soprattutto come Ministro della salute.

Il Ministero della salute, fino a quando sarà indicato come un Ministero di spesa che non si fa carico delle compatibilità, del rigore e del modo con cui controllare la spesa, perderà autorevolezza e credibilità prima di tutto nei confronti dei cittadini e degli operatori sanitari, che chiedono che le risorse siano spese bene.

Abbiamo sollecitato una terapia d'urto nei confronti delle Regioni che non hanno colpe in quanto il centro sinistra governa la Regione Lazio da pochi mesi, così come la Regione Calabria. Ho però evitato di fare questi riferimenti.

GHIGO (FI). E relativamente alla Campania?

* TURCO, *ministro della salute*. Il centro sinistra governa la Campania da tanto tempo ma abbiamo chiesto anche ad essa il massimo rigore e mi ha fatto piacere che il presidente Bassolino in una riunione del suo, cioè, del mio partito

GHIGO (FI). Ha detto «mio» partito: un *lapsus* freudiano!

* TURCO, *ministro della salute*. Non è un *lapsus* freudiano. Non ho dimenticato di essere Ministro e di rappresentare tutti. Mi ha solo fatto piacere che il Governatore e Presidente della Campania nel corso di una riunione dei DS abbia ammesso che non basta chiedere risorse aggiuntive per la sanità ma che occorre guardare dentro la nostra sanità. È lo sforzo chiesto ad ogni Regione e – ripeto – sarò ben lieta di sottoporre alla valutazione del Senato i piani di rientro delle Regioni. Si tratta di programmi molto seri e significativi, che da un lato contemplano (da questo punto di

vista l'azione nostra e del Ministero dell'economia è di gran rigore) il duplice sforzo del rispetto dei parametri economici; dall'altro prevedono l'avvio di una politica di riconversione della sanità.

M'insegnate che si possono tenere i conti a posto nell'ambito della sanità se c'è oculatezza nell'utilizzo delle risorse, se non si teme il vincolo della finanza pubblica e, soprattutto, se si adottano precisi indirizzi di politica sanitaria. Fare in modo che tutte le Regioni italiane, ivi incluse quelle che versano in maggiore difficoltà, vincano la sfida del rientro dal loro *deficit* entro il 2009, come abbiamo stabilito, e che ciò coincida con un'innovazione della sanità, è una sfida che va a vantaggio di tutto il Paese.

Nel DPEF abbiamo indicato un meccanismo di finanziamento molto impegnativo. Su questa sfida vogliamo essere valutati, a prescindere dal risultato. La nostra sfida è un'impostazione della spesa sanitaria in base alla quale alle Regioni si riconosce la massima autonomia e, allo stesso tempo, il massimo esercizio di responsabilità. Quanto scritto nel DPEF su questo punto segna una discontinuità rispetto al passato. Senatore Ghigo, le Regioni che hanno governato non possono che apprezzare un'impostazione in base alla quale non si pongono vincoli e si valorizzano l'autonomia e la responsabilità. L'unico vincolo deriva dalla condivisione del fabbisogno, a partire dalla quale saranno previsti un tetto e un riparto di risorse gestite dalle Regioni sulla base di una programmazione pluriennale.

Questo è lo sforzo che vogliamo fare. Per realizzarlo ci siamo confrontati con tutte le Regioni, quelle del Centro, del Nord e del Mezzogiorno. La vera prova sarà nella legge finanziaria. Ciò che conta però è anche il meccanismo di spesa definito.

Se saremo in grado di realizzare quanto ci siamo proposti (far sì che non vi sia alcun vincolo o piè di lista, ma che vi siano programmazione triennale, autonomia, responsabilità nel processo di rientro del *deficit* da qui al 2009), riusciremo a fornire alla sanità solide basi: questo sforzo meriti un minimo di condivisione.

Ciò presuppone un'azione e una posizione forti da parte del Ministero, pur nel pieno rispetto dell'autonomia delle Regioni. C'è stato chi ha paventato il rischio che – nel sottolineare il ruolo che il Ministero deve rivestire – si sfoci nel neocentralismo. Ebbene, non c'è nessun neocentralismo: il senatore Cursi, avendo ricoperto l'incarico di sottosegretario per la salute nel precedente Governo, sa bene come il problema del Dicastero sia ridefinire la propria funzione e, soprattutto, rinvenire gli strumenti per esercitare un compito di indirizzo, coordinamento e monitoraggio. Intendiamo avvalerci dei mezzi disponibili, cui ha fatto riferimento (LEA, Commissione appropriatezza, SiVeAS). Utilizzeremo nel migliore dei modi questi strumenti per governare la spesa sanitaria e valutarne gli esiti proprio a partire dagli obiettivi di salute, mettendo a disposizione le professionalità più serie presenti nel nostro Paese, affinché ci aiutino con competenze di tipo economico ma anche di politica e di integrazione socio-sanitaria.

Come avete già ricordato, il decollo della rete dei servizi e in particolare di quelli per gli anziani non autosufficienti significa dare un importante contributo alla qualità della politica sanitaria nel nostro Paese. Intendiamo attivare i suddetti strumenti per utilizzarli nel modo più congruo possibile, cercando di evitare doppioni: questo è lo sforzo che stiamo portando avanti al momento.

In questo contesto si colloca la questione attinente il finanziamento del sistema sanitario, che indubbiamente deve essere basato sulla fiscalità generale; in tal senso ribadisco quanto già ricordato dalla senatrice Emprin Gilardini. Questo concetto deve rimanere un punto fermo, in quanto è stato previsto poiché garantisce la peculiare universalità del nostro sistema sanitario: non intendiamo minimamente tornare indietro.

Rispetto al programma dell'Unione, desidero, inoltre, sottolineare una mia personale convinzione: solo con la qualità del sistema sanitario si vince la sfida dell'universalità dello stesso, che consiste nell'offrire prestazioni di alta qualità a tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione economica e dal loro *status* sociale. Se però si vuole garantire tale universalità in termini di qualità di prestazioni, il tema della compartecipazione al costo dei servizi si pone in termini di equità. Senza la minima intenzione di ironizzare sui *ticket* partecipati, si tratta di impostare una riflessione molto seria, sulle orme di quella già avviata dal ministro Rosi Bindi, su come mantenere un sistema sanitario universalistico di qualità. Per fare questo non si può pretendere di erogare tutti i servizi a tutti i cittadini in modo indifferenziato. Ad esempio, mi è capitato spesso di sentir dire, da alcuni pazienti ottimamente curati in strutture di alta eccellenza, che avrebbero potuto pagare un contributo sulla base del loro reddito. È forse un tabù questo? Non credo debba esserlo: è doveroso riflettere sulla compartecipazione al costo del servizio sanitario, a partire dal valore dell'equità e sulla base della sfida del mantenimento di un sistema di qualità, proprio al fine di vincerla.

* CURSI (AN). Questo andrebbe spiegato a chi voleva abolire i *ticket*.

* TURCO, *ministro della salute*. Intendiamo realizzare un tipo di compartecipazione al costo che non implichi *ticket* generalizzati, i cui effetti sono noti; diversi sono gli studi svolti in materia. Ritengo doveroso non parlare più dell'argomento, per limitarci a studiarlo, avvalendoci di studiosi che indichino, sulla base di simulazioni serie e dati certi, lo strumento più equo per garantire al contempo qualità, universalità e compartecipazione al costo.

Da tutti questi studi svolti in materia risulta che lo strumento più equo non sono i *ticket* generalizzati, in quanto colpiscono in modo indifferenziato le persone più deboli, che sono in genere i malati. Ritengo opportuno affidare tale riflessione a studi seri, al fine di rinvenire nuove modalità, colpendo, ad esempio, le zone di inappropriatezza. È stata sollevata, in merito, la questione del *ticket* della negligenza, espressione più

metaforica che reale, anche se la Regione Toscana ha adottato misure di un certo rilievo per rispettare l'impegno a contrastare le liste d'attesa.

Anche in questo caso alcuni studi dimostrano la diffusione di un uso inappropriato della diagnostica e delle prenotazioni ed una mancanza di senso di responsabilità, che ritengo vadano segnalati. Sono convinta, infatti, che nel dibattito pubblico – proprio per una reale politica della cittadinanza – non si tratti soltanto di parlare di diritto ma anche di dovere alla salute e nei confronti del sistema sanitario. Questo certamente riguarda, prima di tutto, i medici (com'è stato testé ricordato), ma anche i cittadini: come si può, altrimenti, vincere la sfida dell'inappropriatezza e contrastare il consumismo sanitario? Non credo che il punto consista soltanto nel fornire adeguate prestazioni, ma anche in una cultura della responsabilità, che deve essere propria di tutti i cittadini. Le istituzioni dovrebbero, a mio avviso, avvertire la responsabilità di far crescere, appunto, anche questa cultura dei doveri.

Desidero, inoltre, rispondere ad alcune questioni più particolari che mi sono state sottoposte, come quella riguardante gli anziani: non vogliamo soltanto affrontare il tema della loro non autosufficienza (anche se questa rappresenta un enorme capitolo della materia). Il proponente è il Ministro degli affari sociali, del quale mi riprometto assolutamente di rispettare la competenza. Abbiamo asserito, però, che consideriamo il tema come una nostra priorità, per cui intendiamo mettere a disposizione il nostro lavoro. Abbiamo incontrato – e proseguiamo in questa direzione – tutte le rappresentanze sindacali e le associazioni che si occupano della materia: il tema degli anziani concerne molto da vicino la medicina del territorio e l'integrazione socio-sanitaria: è il più ampio nell'ambito dell'invecchiamento attivo, che concerne il Ministero della salute, ma non solo.

Sono pienamente d'accordo con quanto sostenuto dal senatore Caforio riguardo alla disabilità: ricostituiamo la Commissione salute e disabilità e confermo il nostro impegno a porre l'accento anche sulla disabilità psichica e quindi sulla necessità di rilanciare il progetto «Dopo di noi».

Il senatore Silvestri ha evidenziato la necessità di prestare attenzione ai temi della prevenzione e della salute degli stranieri: abbiamo ricostituito un gruppo di lavoro che ha come filo conduttore l'obiettivo di rendere fruibili i servizi per le persone straniere nel nostro Paese, a partire dalle donne (come ha ricordato la senatrice Bianconi) e da tutto ciò che riguarda l'applicazione della legge 194 del 1978 e l'utilizzo del consultorio, da cui traspare la necessità di prestare grande attenzione nei confronti delle donne immigrate.

Per quanto concerne, invece, la necessità di rilanciare nuovamente l'urgenza del problema dell'AIDS, proprio questa mattina ho tenuto un incontro con l'Istituto Superiore di Sanità. Con grande piacere posso dichiarare che l'Italia, per quanto riguarda la ricerca su tale malattia, vanta uno dei punti di eccellenza: non si tratta soltanto di rilanciare un'iniziativa. Il nostro Paese è uno dei capofila sul piano della ricerca in materia a livello internazionale. Mi è stato annunciato questa mattina che a novembre ospi-

terà un incontro europeo sul programma di sviluppo di un vaccino preventivo e terapeutico contro l'AIDS. In riferimento a questo aspetto vantiamo, sul piano della ricerca e dell'iniziativa di solidarietà internazionale, un ruolo di gran rilievo.

Confermo – e nel contempo auspico – l'impegno sui temi della salute delle donne, della prevenzione dell'aborto, dei consultori e dell'attenzione al parto. In proposito ho ascoltato in questa sede suggerimenti molto importanti. Sarà utile confrontarci non solo sulle leggi ma anche sugli atti di Governo.

Per quanto concerne la salute della donna, abbiamo definito un progetto di legge che mi auguro possa ricevere un ulteriore contributo, ma che possa anche essere rapidamente approvato, sia dalla Camera che dal Senato. Abbiamo attivato un tavolo di lavoro, insieme alle Regioni, per rivedere ed aggiornare il progetto materno infantile e, all'interno di questo, siamo stati sollecitati a porre particolare attenzione alla pediatria, sia alla funzione dei pediatri, sia alla realtà degli ospedali pediatrici nel nostro Paese. Sono molto contenta di ascoltare su questo tema competenti interventi e proposte di questa Commissione, con riferimento anche alla sfida dell'equità tra le generazioni, rivolgendo una particolare attenzione alla condizione degli anziani, senza dimenticare, però, la condizione di vita dei bambini e l'investimento su di loro. Ritengo, infatti, sia una sfida che riguarda non solo il *welfare* nel nostro Paese, ma in modo particolare la politica della salute. Se si osserva, infatti, l'andamento della spesa sanitaria, si registrano, a partire da alcune fasce di età, alti picchi che non devono però tradursi in una dimenticanza di quelle classi d'età che hanno magari meno peso contrattuale, ma che assumono una specifica rilevanza per una politica della salute e del benessere nel nostro Paese. Vorremmo rivolgere per ciò particolare attenzione alla pediatria e ai diritti dei bambini e dell'infanzia e sono sicura che da questa Commissione verrà un contributo significativo in tal senso.

* PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro Livia Turco per la disponibilità dimostrata nei confronti della Commissione. Certo di interpretare il pensiero della Commissione, sono convinto che – al di là delle differenze di posizione, assolutamente legittime – forte emerga il desiderio di collaborare per portare avanti programmi comuni volti a tutelare gli interessi dei cittadini.

Dichiaro concluse le comunicazioni del Governo.

I lavori terminano alle ore 15,55.

