



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 9

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA
E ALLE DISPARITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
PUBBLICI

39^a seduta: martedì 23 gennaio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione del ministro della salute Livia Turco**

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 22 e <i>passim</i>
* BIANCONI (FI)	18, 19
BINETTI (Ulivo)	13
* BOSONE (Aut)	13
* CURSI (AN)	8, 9, 10 e <i>passim</i>
GRAMAZIO (AN)	20
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA)	15, 16, 17
TOMASSINI (FI)	11
TURCO, ministro della salute	3, 9, 10 e <i>passim</i>

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: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; 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 Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Interviene il ministro della salute Livia Turco.

I lavori hanno inizio alle ore 15,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Livia Turco

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta del 14 dicembre 2006.

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

È oggi in programma l'audizione del ministro della salute Livia Turco, che saluto e ringrazio per la sua presenza ed alla quale lascio subito la parola affinché possa svolgere una relazione introduttiva.

TURCO, *ministro della salute*. Presidente, sarò molto breve soffermandomi solo su quanto la Commissione mi ha chiesto di riferire, ovvero sull'esercizio della libera professione intramuraria e, nello specifico, sull'azione che il Ministero sta conducendo per affrontare il problema delle liste d'attesa.

Premetto che siamo fortemente interessati alla questione dell'*intra-moenia* e che terremo ovviamente conto del lavoro che questa Commissione sta conducendo nell'ambito della presente indagine conoscitiva con lo scopo di verificare approfonditamente il fenomeno. Al riguardo segnalo anche l'opportunità – e in tal senso avanzo una specifica richiesta – di conciliare i tempi dell'attività parlamentare con quelli delle iniziative che il Governo è chiamato a condurre, considerato anche che il tema in esame richiama grande sensibilità e attenzione.

Nel mio intervento odierno, mi limiterò quindi a rendere conto di quanto è stato fatto e delle iniziative che stiamo conducendo a partire dal problema delle liste d'attesa, alla cui origine vi è una molteplicità di fattori tra i quali: l'insufficienza della capacità di produzione di prestazioni delle strutture sanitarie rispetto al bacino d'utenza; la produttività inadeguata delle strutture medesime a causa di problemi organizzativi, il numero di ore di operatività insufficiente, l'inadeguato o mancato coordi-

namento delle attività di prenotazione; il ricorso talora eccessivo e inappropriato alle prescrizioni; la disomogeneità della capacità di attrazione dei cittadini da parte delle strutture erogatrici dei servizi in relazione alla diversa qualità delle prestazioni garantite e dei professionisti impegnati, il conseguente eccesso di richieste in alcune strutture e la marcata sottoutilizzazione di altre.

Il problema delle liste d'attesa è comune a gran parte dei sistemi sanitari pubblici dei Paesi occidentali e sconta, ancora oggi, in Italia l'ineadeguatezza dei sistemi di rilevazione e misurazione del fenomeno, fatta eccezione per ambiti limitati e, conseguentemente, dei dati a nostra disposizione. La diffusione ancora limitata dei CUP, la discrezionalità e la scarsa trasparenza delle procedure di prenotazione, nonché la permanenza di sistemi di prenotazione su supporto cartaceo contribuiscono a determinare una situazione difficile anche dal punto di vista della valutazione dei dati disponibili.

Le rilevazioni svolte negli ultimi anni confermano le maggiori criticità non solo per alcune visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, soprattutto strumentali e per immagini, ma anche per alcuni interventi chirurgici, quale ad esempio la sostituzione di protesi d'anca. Una criticità a parte riguarda l'area oncologica i cui tempi di attesa sono troppo lunghi in tutti i livelli del percorso diagnostico-terapeutico.

Il problema delle liste d'attesa è stato oggetto di attenzione da parte del legislatore con l'adozione di una serie di norme, a partire già dagli anni Novanta, che però non sono riuscite a portare a soluzione il rispetto di tempi d'attesa ragionevoli per le principali prestazioni di diagnostica e specialistica.

L'ultimo intervento in ordine di tempo risale alla scorsa legislatura ed in particolare all'Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, quando è stato adottato, in attuazione dell'articolo 1, comma 280 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005, il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

Il nuovo Governo ha ritenuto responsabilmente di dare corso all'Intesa riservandosi poi di verificarne la fattibilità insieme alle Regioni. A fronte di un tema così complesso come quello delle liste d'attesa ho considerato corretto evitare annunci, proclami o di promuovere nuove iniziative legislative. Mi è parso doveroso applicare quanto già definito e, soprattutto, dare attuazione al Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa. Specificatamente su questo argomento è stato attivato un tavolo tecnico cui partecipano Governo e Regioni nell'ambito del quale ha avuto luogo un'ampia discussione con gli assessori regionali.

In applicazione anche del Patto per la salute, abbiamo ritenuto opportuno impostare il nostro lavoro prevedendo una cooperazione permanente tra i vari livelli istituzionali, quindi tra Governo e Regioni. Tale cooperazione si avvale di due strumenti: un tavolo tecnico paritetico che affronta tutte le problematiche e dà a sua volta luogo a una serie di tavoli tecnici specifici; una riunione mensile del Ministro e degli assessori in cui si decidono i temi dell'agenda, di cui il più ricorrente è proprio quello delle

liste di attesa. In tal modo si procede alla verifica dello stato di attuazione del Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa e dell'impegno delle Regioni a tradurre tale Piano in piani regionali, posto che il fenomeno è governabile solo a fronte di una forte assunzione di responsabilità da parte delle Regioni stesse.

La discussione condotta sulla materia ha portato all'introduzione di alcune modifiche alla stesura iniziale del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa; tale aggiornamento consiste essenzialmente in una diversa articolazione del Piano che prevede, in alternativa alla definizione di una lista di prestazioni sanitarie per la quali adottare tempi massimi di attesa, l'individuazione di «pacchetti di prestazioni» relativi a precisi e completi percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, a partire dalle patologie tumorali e cardiovascolari. Ciò al fine di garantire al cittadino tempi di attesa certi non per una singola prestazione ma per l'intero percorso diagnostico-terapeutico relativo alla patologia. Sulla base delle indicazioni e delle esperienze delle Regioni abbiamo ritenuto opportuno decidere insieme le azioni da condurre in questo ambito traducendole in diritti esigibili per i cittadini.

Si è convenuto anche di selezionare le patologie per gravità, a partire da quelle tumorali e cardiovascolari, e di definire per queste ultime tempi massimi di attesa, così come previsto da una specifica norma della legge finanziaria, stabilendo che questi tempi non riguardino una lista, bensì un «pacchetto di prestazioni», ovvero facciano riferimento a precisi e completi percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali al fine di garantire una maggiore presa in carico del cittadino.

Un altro punto cogente che deve essere adottato in ogni piano regionale, stante l'impegno assunto da ciascuna Regione, è relativo alla generalizzazione dei Centri unici di prenotazione (CUP). Infatti, fino a quando non si conosceranno le opportunità presenti sul territorio e i tempi di attesa nei vari servizi, non si potranno offrire ai cittadini le informazioni utili così come il sistema sanitario non riuscirà ad acquisire tutte le informazioni necessarie; e sapete quanto sia fondamentale avere informazioni utili in questo campo. Questi due punti sono considerati diritti esigibili che ogni piano regionale dovrà recepire.

Le Regioni si sono impegnate a presentare entro il 31 gennaio 2007 al Ministero della salute i piani regionali, cui faranno seguito, entro il prossimo 28 febbraio, i piani aziendali locali. Dunque, si è ritenuto opportuno selezionare le priorità per potere poi verificare i risultati ottenuti.

Quanto all'*intramoenia* mi preme segnalare due aspetti. Il primo riguarda lo stato dell'arte della realizzazione degli spazi da destinare a tale attività nelle aziende sanitarie e ospedaliere. Il decreto legislativo del 4 luglio 2006, n. 223, che ha prorogato di un anno il termine previsto per la cessazione dell'esercizio dell'*intramoenia* allargata stabilisce anche che le Regioni presentino, entro il prossimo 31 gennaio, i programmi per la realizzazione nelle singole aziende degli spazi da destinare allo svolgimento di tale attività, usufruendo delle destinazioni finanziarie già previste

a tal fine ma non ancora utilizzate e che ammontano complessivamente a 327,847 milioni di euro.

Subito dopo le feste natalizie, abbiamo inviato una lettera di sollecito alle Regioni per la presentazione dei piani regionali di attuazione, per l'appunto, degli spazi da destinare all'*intramoenia*. Faccio poi presente che, quando il Parlamento ha approvato la proroga, è stato stabilito che il monte quantitativo di prestazioni sanitarie erogate in regime di libera professione *intramoenia* non può superare quello relativo all'attività ordinaria, anche al fine di scongiurare impropri allungamenti dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

Oltre al rapporto con le Regioni e al monitoraggio che intendiamo fare in modo molto rigoroso, abbiamo promosso un confronto con le categorie professionali, con i sindacati e i rappresentanti di categoria per cercare di gettare fin da adesso le basi per addivenire alla soluzione del problema. Ad ogni modo ritengo doveroso comunicare che, allo scadere della proroga, non potremo prevederne una ulteriore perché non sarebbe serio, trattandosi di una materia molto delicata su cui bisogna inevitabilmente assumere delle decisioni. Abbiamo comunicato questa nostra decisione ai rappresentanti dell'ordine dei medici e di tutti i sindacati che abbiamo incontrato ed abbiamo chiesto loro di avanzare una proposta, essendo nostra intenzione giungere ad una decisione concertata con le professioni mediche. Ho anche fatto presente che avrei dovuto riferire lo stato dell'arte in Senato dove è in corso un'indagine conoscitiva sull'argomento e che comunque la decisione spetta al Parlamento sovrano. Tuttavia, riteniamo giusto e opportuno che su una scelta come questa vi sia un confronto molto trasparente con le professioni mediche.

In quella sede abbiamo ragionato non solo del metodo da seguire ma anche delle possibili soluzioni da raggiungere. Da parte dei sindacati medici sono state presentate proposte molto diverse e sono emerse in particolare tre posizioni. A mio avviso le modalità attraverso cui mettere a regime questa materia dovranno essere oggetto di confronto sia con i rappresentanti di categoria sia con il Parlamento.

Il Governo ha la responsabilità di definire una norma entro luglio, data entro la quale dovrà essere anche individuata una soluzione, fermo restando che i suggerimenti che emergeranno dalla vostra indagine saranno tenuti in debita considerazione e che, al momento della individuazione di una norma definitiva, si dovrà procedere ad un incontro preliminare in questa sede. Ad ogni modo, è doveroso adottare un provvedimento ed è assolutamente importante che il Governo (intendimento che abbiamo perché corrisponde ad un modo di vedere la realtà dei fatti) si impegni a far sì che nelle singole aziende si costruiscano gli spazi da destinare all'esercizio dell'*intramoenia*.

Tale attività richiama poi il concetto dell'esclusività del rapporto che abbiamo discusso e sul quale voglio rendere nota la nostra opinione. A nostro parere è importante ripristinare l'esclusività del rapporto legata alla durata dell'incarico, quindi reversibile, per i dirigenti di strutture complesse del servizio sanitario, vale a dire *ex* primari e attuali capi diparti-

mento, mantenendo comunque per queste figure la possibilità di svolgere attività libero-professionale ma solo in regime di *intramoenia*. Tale indirizzo è molto consolidato – e per quello che ci riguarda molto chiaro – ed è stato recentemente ribadito anche nell’incontro avuto con il ministro Mussi per affrontare la vicenda del Policlinico Umberto I. Siamo dell’avviso che questo orientamento non debba essere oggetto di un intervento straordinario (magari un decreto-legge) ma di un provvedimento più generale sul governo clinico e sull’ammodernamento del sistema sanitario. Da parecchi mesi siamo impegnati a definire uno strumento legislativo coerente con il Titolo V (una legislazione di principi che rinvia a molte intese) che definisca in modo puntuale – a partire dal decreto legislativo n. 229 del 1999, che è per noi un punto di riferimento fondamentale – la *governance* del sistema sanitario, affrontando, in un contesto adeguato, il tema del governo clinico.

La riflessione che abbiamo fatto, condivisa con le professioni sanitarie e non solo mediche, iniziato a discutere con le Regioni poggia su due pilastri fondamentali. Anzitutto bisogna definire un sistema di *governance* appropriato per il sistema sanitario. Alla luce del Titolo V della Costituzione, per parlare di sistema di *governance* bisogna ridefinire bene i ruoli, nazionale e regionale, essendo fondamentale precisare la funzione di indirizzo e di coordinamento del Governo nazionale e quella di programmazione delle Regioni. Allo stesso tempo, alla luce dell’esperienza acquisita, è molto importante mantenere il sistema dell’aziendalizzazione ma è altrettanto necessario correggerlo, promuovendo un più giusto equilibrio tra ruolo dell’azienda della direzione generale (quindi responsabilità amministrativa) e partecipazione delle professioni sanitarie. Tale equilibrio va ritrovato per valorizzare maggiormente la competenza medica e il protagonismo delle professioni sanitarie.

Riteniamo che si debba riflettere molto seriamente su come promuovere nella sanità il merito e la competenza e cercare, per quello che è possibile attraverso il sistema delle regole, di arginare l’uso improprio della sanità da parte della politica, che pure esiste. La valorizzazione del merito e della competenza non può avvenire ripercorrendo strade del passato attraverso la non auspicabile riproposizione dei vecchi concorsi; bisogna andare avanti rispetto all’esperienza fatta.

È poi fondamentale una *governance* del sistema sanitario che, oltre al protagonismo delle professioni, veda una partecipazione più consapevole del cittadino. Il tema del cittadino competente si affronta nei provvedimenti sul consenso informato e nel testamento biologico e non riguarda solo alcuni ambiti: è un asse con cui governare il sistema sanitario e promuovere la salute. Riteniamo quindi che le forme di partecipazione attiva dei cittadini siano parte integrante di un sistema di *governance* della sanità.

L’altro perno attorno al quale ruota l’elaborazione di questo strumento legislativo di ammodernamento del sistema sanitario riguarda la promozione della qualità dello stesso nonché la qualità e la sicurezza delle cure.

Un capitolo ineludibile è quello della prevenzione del rischio clinico rispetto al quale si possono realizzare molti interventi che abbiamo già iniziato ad adottare attraverso atti amministrativi e azioni di Governo come, ad esempio, il programma per la prevenzione del rischio clinico che abbiamo condiviso con le Regioni e che ha portato anche alla definizione di una struttura che coordina le attività delle Regioni ed è punto di riferimento anche per la Commissione europea. Tale struttura ha promosso un'attività di monitoraggio e di formazione degli operatori e di informazione rivolta ai cittadini, ma ciò non è sufficiente per affrontare il grande tema della prevenzione del rischio clinico giacchè servono anche altri strumenti; penso, ad esempio, alla parte assicurativa che deve essere oggetto di un provvedimento legislativo.

Pensiamo quindi che sia giusto collocare il tema dell'*intramoenia* e dell'esclusività di rapporto, su cui mi avete interpellata, in un provvedimento più ampio, al quale stiamo già lavorando, che mi auguro di sottoporre alla vostra attenzione nella prossima primavera tra la fine di marzo e i primi di aprile e sul quale ci farà piacere avere con voi un confronto preventivo.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro della salute Livia Turco ed esprimo vivo apprezzamento, penso anche a nome della Commissione, per l'impegno, annunciato molto chiaramente, ad ascoltare le conclusioni dell'indagine conoscitiva che stiamo svolgendo dal luglio scorso.

CURSI (AN). Signor Presidente, ho ascoltato quanto detto dal Ministro in particolare sugli argomenti oggetto dell'audizione odierna.

Sulle liste di attesa resto a bocca aperta, avendo vissuto direttamente il percorso dello scorso anno quando in occasione della legge finanziaria per il 2006, previa indagine svolta in tutta Italia dai NAS, stabilimmo che le liste d'attesa non erano una «prerogativa» di alcune Regioni, ma interessavano l'intero territorio nazionale. Il 28 marzo 2006 fu raggiunta un'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, che il Ministro ha ricordato, in cui furono definiti tempi, modalità e procedure. Fu stabilito anche l'impegno per le Regioni, che avevano chiesto tempo perché dovevano selezionare nella propria realtà territoriale alcuni esami che secondo loro potevano avere le caratteristiche richiamate dal Ministro (cioè l'emergenza, l'urgenza, l'attinenza con patologie oncologiche), di arrivare entro 90 giorni dall'approvazione di tale intesa a definire quello che i cittadini hanno diritto di conoscere, ossia i tempi massimi di attesa per una prestazione medica.

La legge finanziaria stabiliva anche che l'ASL, che non fosse stata in grado di rispettare i tempi definiti per un determinato percorso, si sarebbe rivolta all'ASL vicina, facendosi carico della spesa, e, qualora quest'ultima non fosse stata in grado di rispettare l'impegno, sarebbe stato possibile rivolgersi a strutture private a spese dell'ASL. Quell'elenco lunghissimo di tempi d'attesa non era più una speranza ma diventava un diritto del cittadino cui corrispondeva un dovere del direttore generale della ASL.

Oggi ci viene descritta una situazione i cui tempi sono ancora biblici. Rispetto al piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa di cui all'intesa del 28 marzo 2006, i piani regionali dovranno essere presentati entro il 31 gennaio prossimo e – se non ricordo male – quelli aziendali entro il 28 febbraio.

Nei giorni scorsi ho letto su un giornale importante di livello nazionale un elenco molto preciso delle liste di attesa presenti in alcune realtà nazionali, al Nord, al Centro e al Sud. Di fatto, niente è cambiato e non è stato fatto nulla. Le Regioni hanno ritenuto opportuno rimettere in discussione quanto avevano accettato lo scorso anno, o meglio quello che erano state costrette ad accettare. In proposito ricordo che l'intesa del 28 marzo 2006 fu raggiunta perché le Regioni avrebbero partecipato alla ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Ebbene, di quell'accordo non si parla più. Aspetteremo il 28 febbraio e vedremo cosa succederà. Trattandosi, infatti, di piani aziendali, ogni ospedale e ogni servizio dovrà indicare le prestazioni selezionate. Ministro, tutto ciò è preoccupante e il mio cruccio è soprattutto che, dopo un anno, i cittadini dovranno constatare che le liste d'attesa sono rimaste quelle che erano.

Mi auguro – e mi rivolgo al presidente Marino – che il ministro Turco, come ha sempre fatto con sensibilità, riferisca in Commissione su quello che diranno in proposito le Regioni. Inoltre, sarò felice di ascoltare anche il Presidente della Conferenza Stato-Regioni (che, se non erro, è sempre lo stesso e che propongo di audire) del quale ricordo benissimo le parole pronunciate il 28 marzo 2006 in sede di definizione dell'intesa.

TURCO, *ministro della salute*. Vasco Errani.

CURSI (AN). Sì, quel Vasco Errani che l'anno scorso minacciò fuoco e fiamme e che ora non parla più. Probabilmente, all'epoca era un discolo ma ora, dopo sei mesi di Governo del centrosinistra è cresciuto e non rilascia più dichiarazioni. Ebbene, chiedo che sia audito per sapere che fine hanno fatto quell'intesa e gli accordi raggiunti sulle liste di attesa che in tutte le Regioni sono rimaste quelle che erano.

Ricordo che nella volontà del ministro Bindi *l'intramoenia* aveva tra gli obiettivi quello di contribuire a ridurre le liste di attesa. I risultati raggiunti sono noti e mi dispiace che chi avrà l'onere e l'onore di raccogliere la relativa documentazione (mi auguro, Presidente, questa Commissione) non dimentichi la relazione conclusiva della Commissione affari sociali della Camera dei deputati di un'indagine conoscitiva sull'argomento in cui si concludeva che *l'intramoenia* era un fallimento. Penso che nella vicenda delle liste di attesa sia importante richiamare tale relazione di cui avrà senz'altro memoria la senatrice Valpiana che era allora deputato.

Quanto all'*intramoenia* la proroga scadrà, come ha correttamente ricordato il Ministro, il 31 luglio 2007. Apprendo ora che tra i mesi di marzo e di aprile forse ci sarà sottoposta una bozza di proposta presumo sotto forma di disegno di legge.

TURCO, *ministro della salute*. Una proposta sul governo clinico.

CURSI (AN). Certo, sul governo clinico ma che dovrebbe – se non ho capito male – contenere anche parte dedicata all'*intramoenia*.

TURCO, *ministro della salute*. Certamente.

CURSI (AN). È bene saperlo perché è importante. Potrei dire una sciocchezza, ma mi risulta che per l'approntamento di spazi attrezzati da destinare all'attività *intramoenia* sono disponibili oltre 300 milioni di euro.

TURCO, *ministro della salute*. Sì, si tratta di fondi stanziati con leggi passate che non sono stati spesi.

CURSI (AN). Nessuno ha ritenuto opportuno farlo?

TURCO, *ministro della salute*. Eravate voi al Governo.

CURSI (AN). Certo, ma nessuno ne ha fatto richiesta. I Presidenti delle Regioni non hanno mai chiesto quei fondi; lo stesso presidente Er-rani non ha mai sollecitato né per la sua né per altre Regioni l'erogazione dei fondi per attrezzare spazi per l'*intramoenia*. Forse ora, folgorato sulla strada di Damasco, ha capito che la salvezza dell'Italia passa attraverso l'organizzazione di spazi da destinare all'*intramoenia*. Eppure, anche sei mesi fa i fondi erano disponibili, sapeva che c'erano ma non ne ha mai fatto richiesta.

Ora, per prima cosa, bisogna predisporre i piani sugli spazi da destinare all'*intramoenia* che, da quanto ho capito, non sono ancora pronti ma che forse saranno presentati al Ministero della salute fra 20 giorni, un mese o addirittura due mesi. Nel frattempo verrà predisposto un disegno di legge sull'esclusività del rapporto e sull'*intramoenia* più o meno allargata dopo di che si dovrà stabilire come, dove e quando applicarla. A questo punto vorrei capire se, in attesa di attrezzare gli spazi, il progetto fatto sarà ugualmente avviato pur non sapendo quali Regioni aderiranno ad esso. Alla luce della scadenza del 31 gennaio 2007 che ho prima citato, sarebbe opportuno, attraverso il Presidente o mediante un'altra audizione del Ministro, che è sempre il benvenuto, essere informati sulle Regioni che hanno presentato i progetti e sulle cifre che intendono spendere per realizzarli. Infatti, la decisione da parte di tutte le Regioni di investire risorse per attrezzare gli spazi per l'*intramoenia* testimonierebbe la loro fiducia in questo tipo di attività e sarebbe per noi un motivo in più per crederci.

L'esclusività di rapporto – ho letto su alcuni giornali ma è stato anche ribadito poc'anzi dal Ministro – riguarda i primari e i capi dipartimento. E gli altri? È vero che durante l'esame della finanziaria c'è stato un apripista: qualche solerte senatore ha presentato un emendamento sui

direttori scientifici degli IRCCS che non possono svolgere attività privata, anzi non possono ricoprire alcun incarico esterno, internazionale, italiano o francese che sia, anche in provincia. Non si capisce però perché questi solerti senatori non abbiano esteso la proposta anche ad altri: è stata forse una dimenticanza? Questi stessi senatori, nella stessa sede, hanno poi sottoscritto un emendamento sui medici di Palazzo Chigi (due o tre) che possono svolgere attività esterna. Vorrei capire se la norma preannunciata dal Ministro riguarderà anche i medici di Palazzo Chigi citati nella legge finanziaria. È vero che sono indicati nomi e cognomi per sapere chi sono ma sta di fatto che possono svolgere attività privata esterna e questo è importante, visto che si tratta di medici di un certo rilievo professionale e con determinati rapporti internazionali. Detto ciò, la norma sull'esclusività certamente riguarderà i medici degli IRCCS.

Sono d'accordo con il Ministro sulla necessità di trovare un diverso sistema di *governance*. Alla luce del Titolo V della Costituzione bisogna stabilire chi fa cosa in maniera precisa, anche in termini di responsabilità, probabilmente perché la legge n. 3 del 2001 ha lasciato ampi margini d'interpretazione; quindi, ci farà piacere vedere quale sarà la reazione delle Regioni rispetto a questo tentativo del Ministro. Concordiamo sulla necessità di rivedere i sistemi di selezione della classe dirigente e mi riferisco in particolare ai concorsi avvenuti in passato e che ancora oggi avvengono in modo anomalo, soprattutto quando si parla di un uso improprio di presenza della politica all'interno delle ASL. Credo però che questo aspetto non potrà essere oggetto di un decreto. Ad ogni modo, mi auguro che nei comportamenti a livello nazionale e anche di Conferenza Stato-Regioni prevalgano questi criteri e che la scelta dei direttori generali avvenga in maniera diversa dal passato, quando altri Governi hanno compiuto atti scellerati. Cito ad esempio la Campania dove durante il Governo Berlusconi ho constatato che le persone non venivano scelte perché brave, anzi vi era qualche rifugiato politico proveniente da altre Regioni.

Mi auguro che anche questo provvedimento sia vissuto con grande serietà ed equilibrio e mi affido in tal senso alla sensibilità del Ministro, poiché – come lei stessa ha rilevato – su questi argomenti siamo perfettamente in linea e intendiamo aiutarla a superare queste difficoltà.

TOMASSINI (FI). Onorevole Ministro, molti degli argomenti che ha citato in generale meriterebbero un lungo intervento che svolgerò però in altra sede e in altri modi. Il Ministro, all'inizio del suo intervento, ci ha lusingato affermando che vorrà ascoltare le considerazioni in merito all'argomento oggetto della nostra indagine conoscitiva anche in vista del provvedimento che sta predisponendo. Tutto questo, però, è in ampia contraddizione con quanto sta emergendo in Commissione e quanto i giornali le attribuiscono. Riconosciamo il diritto del Governo ad espletare alcuni doveri nei confronti della propria maggioranza e in relazione al proprio programma eseguendoli in determinati tempi; ciò non di meno la rigidità con cui il Ministro ha posto l'ineluttabilità di non prevedere una ulteriore proroga o di legiferare in un certo modo non trova riscontro in alcuna valida

argomentazione. Si tratta, infatti, di argomenti testardi; peraltro, in questi sei mesi non abbiamo sentito alcuna considerazione che avvalorò questo percorso e certamente non possono essere considerate tali le affermazioni fatte in questa sede unicamente dall'assessore Rossi, che è stato inoltre sconfessato da ampie documentazioni da noi prodotte, in merito al termine dei lavori relativi all'attività *intramoenia* che si propone di realizzare nella sua Regione.

Non possiamo neppure condividere alcuni provvedimenti *ad personam*, già citati dal collega Cursi, introdotti nella finanziaria per il 2007, laddove quanto concordato in questa Commissione è invece puntualmente scomparso nel maxiemendamento sottoposto alla fiducia. Inoltre sono comparsi alcuni provvedimenti tipicamente *ad personam* con i quali si vieta ai direttori scientifici degli IRCSS ogni attività professionale, il che è veramente assurdo perché significa privare tanti cittadini italiani di importanti professionalità cliniche.

Nelle audizioni svolte nell'ambito dell'indagine conoscitiva in titolo, tutti gli auditi hanno dichiarato che non vi è alcun nesso tra la libera professione *intramoenia* o *extramoenia* e le liste d'attesa, che attengono invece ai CUP. Sul funzionamento 24 ore su 24 e sull'emergenza infermieristica è invece intervenuto il decreto-legge n. 300 del 2006 che, essendo valido solo fino al 31 maggio prossimo, non ha risolto nulla.

La gran parte degli auditi ha anche riferito che non viene applicato nessun criterio meritocratico e che è impossibile ricondurre tutta l'*intramoenia* allargata nelle strutture ospedaliere e aziendali entro il 31 luglio 2007. Inoltre, al di fuori dell'ufficialità, lo ha detto anche il sottosegretario Zucchelli quando ha invitato alcuni auditi alla prudenza. A meno che non si voglia sopprimere *tout court* la libera professione, il che configurerebbe un atteggiamento politico su cui si potrebbe discutere. Costringendo all'*intramoenia* obbligatoria e all'esclusività coatta non si avranno medici migliori, non migliorerà l'offerta oraria dei servizi, essendo il *pool* di ore invariato, non diminuiranno gli oneri a carico dei cittadini. In conclusione, la soppressione dell'*intramoenia* allargata, in assenza di un contenitore sufficientemente capiente, finirà per far scricchiolare il Servizio sanitario nazionale. È noto infatti che ben un terzo delle professioni sanitarie vengono pagate *out of pocket* dai cittadini, vale a dire al di fuori del Servizio sanitario nazionale.

Il Ministro dice che ci sono ancora risorse disponibili a ciò destinate che possono essere investite nella realizzazione dell'*intramoenia* obbligatoria. Ebbene, basterebbe leggere le cronache di questi giorni – che additeremo a tutti i cittadini – per capire come nella sanità italiana vi siano tante altre priorità oltre quella di rincorrere un obiettivo fortemente ideologico ma poco giustificato. Non si può dare soddisfazione all'interlocuzione, di cui lei ha parlato, con i sindacati. Sinceramente ciò che viene utilizzato per ottenere quel tipo di consenso mi è sembrato un comitato grottesco, una sorta di ghetto.

Chiediamo di discutere davvero e che l'esclusività e il problema della libera professione, *intramoenia* ed *extramoenia*, non appartengano solo ad

una scelta ideologica. Però, a fronte di dati che ci inducono al pessimismo, ce n'è uno che ci conforta: il fallimento, con il *referendum*, della nostra riforma costituzionale. Infatti, con l'articolo 5 della Costituzione attualmente vigente, le Regioni avranno ampia autonomia di intervenire in tal senso.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, mi ha molto interessato la riflessione del Ministro sulla *governance* clinica nella sua complessità. È a questo livello che dal Ministero ci si aspetta un intervento molto serio, attento e rigoroso.

Il bilanciamento, intanto in senso verticale, ma anche nelle diverse strutture, tra la parte amministrativa e quella clinica, e il rimettere al centro del sistema la responsabilità, la competenza e l'impegno, non solo della classe medica, ma di tutto il personale sanitario, dovrebbero rappresentare un punto di arrivo importante. Tutto questo certamente a fronte di un intervento che faccia presa su un sistema premiante, su un sistema formativo e su un sistema valutativo nel quale la responsabilità non venga sempre delegata ai massimi sistemi, ma anche declinata nella concretezza delle situazioni che si affrontano di volta in volta. In concreto, penso che la questione Umberto I, prendendola come prototipica, abbia creato una fuga dalla struttura dei pazienti, i quali si sono rivolti nell'indotto vicino. Il policlinico è circondato, come una sorta di pianeta con tanti satelliti, da diverse strutture private, nelle quali si svolge l'attività libero professionale dei docenti del policlinico, i quali sono ora ulteriormente giustificati, perché ciò che risulta maggiormente limitante è il modello organizzativo, che non riguarda solo le prenotazioni o i ritardi, ma proprio la situazione generale. Mettere al centro dell'attenzione la riflessione sulla *governance* clinica è importante, però ci si aspetterebbero – e nell'intervista del Ministro di oggi ci sono dei riferimenti, anche molto concreti, rispetto alle vicende accadute in Calabria – degli interventi precisi e puntuali. Credo che il fatto di ricominciare ogni volta daccapo, come diceva nel suo intervento il collega Corsi, mettendo in gioco tutto il sistema, faccia il gioco di coloro che evadono dalla responsabilità precisa, sia che si tratti di medici sia che si tratti di modello organizzativo sia che si tratti di quell'insieme di servizi di base che definiscono la qualità percepita dai pazienti.

Su questi temi bisognerebbe muoversi, da un lato con i piedi per terra, rimanendo concreti, dall'altro con uno sguardo che abbia il senso della prospettiva. Investire però solo sul senso della prospettiva, lasciando correre sulla concretezza del quotidiano sarebbe deludente, intanto per noi che facciamo questo lavoro, poi per i pazienti e per coloro che hanno veramente bisogno del Sistema sanitario nazionale.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per aver messo sul tappeto molte questioni che costituiscono il nocciolo delle problematiche inerenti il Sistema sanitario nazionale e degli indirizzi da dare. Immagino si tratti dell'inizio di un dialogo con le sedi parlamentari, al quale possiamo contribuire mettendo a disposizione le nostre esperienze.

Entrando nel merito delle questioni poste, l'esperienza, sia amministrativa che clinica, ci ha chiaramente detto che il problema delle liste di attesa e quello dell'*intramoenia* sono assolutamente diversi, stanno su due livelli diversi. Mi pare ormai assodato che il ricorso all'*intramoenia* non risolve la questione delle liste di attesa. Quanto a quest'ultima, intanto non dobbiamo dimenticare l'appropriatezza delle richieste, aspetto che non andrà eluso nel confronto con le Regioni, soprattutto con quelle che hanno portato avanti un sistema di accreditamento molto spinto che ha portato all'aumento delle richieste. Poi dobbiamo mettere le strutture in grado di far fronte alla domanda anche con risorse aggiuntive che le Regioni devono mettere a disposizione. In questo senso i pacchetti, se coordinati bene, possono essere un modo per affrontare in modo efficace alcuni problemi. Talvolta però il pacchetto comporta il fatto che ci sia uno scavalco tra aziende ospedaliere, con relative difficoltà per i centri di prenotazione o per chi si deve fare carico di immettere il paziente nel *flow-chart*. Insomma, è un problema delicato.

Dal punto di vista tecnico, oltre alla parte oncologica e cardiovascolare, aggiungerei quella cardiocerebrovascolare, perché il problema dello *stroke*, insieme a quel dell'infarto cardiaco, è uno dei problemi più evidenti. Oggi quando si parla di cardiovascolare si tende ad inserire il problema dello *stroke*, ma è meglio specificare anche cardiocerebrovascolare, perché anche in questo caso abbiamo il problema delle richieste urgenti.

L'altra questione è quella dell'*intramoenia*. Sicuramente si lavorerà per arrivare velocemente ad una nostra ulteriore riflessione. Penso sia difficile escludere la libera professione. Il problema dell'*intramoenia* sta nel rapporto tra medico e paziente, che si vuole rimettere al centro del sistema di *governance* della sanità. Ritengo importante che chi ha responsabilità elevate abbia l'esclusività di rapporto. Ma è altrettanto importante che tutti i medici, di tutte le specialità, siano messi in grado di svolgere la professione *intramoenia* in modo chiaro e trasparente. Oggi in alcune Regioni, potremmo fare tanti esempi, l'*intramoenia* è svolta, anche nei rapporti con le aziende ospedaliere, in modo pasticciato: indennità di esclusività di rapporto date a metà o non date; trattative decentrate, confuse. Servono linee precise.

È poco credibile che le aziende sanitarie possano dotarsi di strutture per garantire a tutti le possibilità di *intramoenia*, ma qualora fosse necessario autorizzare un sistema di *intramoenia* allargato, questo dovrebbe avvenire attraverso convenzioni ospedaliere tra l'ente di riferimento in cui il medico dovrebbe svolgere l'*intramoenia* e una struttura individuata dall'azienda stessa. Le modalità con le quali mettere il medico, in modo chiaro e trasparente, di fronte alla possibilità di fare *intramoenia* sono varie. Ne discuteremo.

Concludo sulla *governance* e riprendo quanto detto dalla collega Binetti. Penso che, rispetto allo sbilanciamento della parte amministrativa, sia fondamentale dare nuovamente peso, nel rapporto con il paziente, alla figura del medico.

Troppe direzioni sanitarie sono sbilanciate sul versante dell'apparato amministrativo e quindi dedicano minore attenzione a quanto di concreto accade all'interno della pratica medica quotidiana.

Sarebbe inoltre opportuno riaffrontare la questione della *governance* degli IRCSS, un tema su cui ci siamo già soffermati e che considero particolarmente importante.

Un'altra problematica da ridiscutere è quella della remunerazione del sistema dei DRG con specifico riguardo ad alcune linee di ricerca nazionali, posto che è difficile immaginare di fare ricerca su un paziente quando si è sottoposti in modo incessante alle regole che attengono al ricovero o alle remunerazioni imposte dal sistema dei DRG. Si tratta di un argomento particolarmente delicato, ma che comunque merita di essere attentamente valutato.

Altro tema da approfondire è quello della programmazione delle lunghe degenze, anche riabilitative, degli *hospice*, delle cure palliative, un settore dove c'è molta confusione per superare la quale sarebbe utile fornire un indirizzo chiaro alle Regioni.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Signor Presidente, non intendendo soffermarmi su quanto già segnalato dai colleghi, mi limiterò a sottolineare alcuni aspetti.

Quanto al tema della *governance*, i colleghi che hanno partecipato alla precedente legislatura credo ricorderanno l'ampio dibattito che al riguardo si è svolto. In tale occasione la discussione che ha avuto luogo tra maggioranza e opposizione non ha avuto il carattere di un scontro bensì di un confronto di opinioni – il che auspico possa ripetersi anche oggi – che purtroppo si è però arenato, posto che ad un certo punto legittimamente l'opposizione operò al fine di ritardare enormemente determinate scelte. Si trattava per altro di decisioni che qualora ne avesse avuto l'intenzione il Governo avrebbe potuto tranquillamente prendere senza tenere conto del parere dell'opposizione; ricordo però che in entrambe le Camere si addivenne all'idea che su un argomento così serio fosse necessario individuare un punto di equilibrio e questo anche perché molti parlamentari avevano assistito al varo della riforma Bindi in materia di libera professione medica intramuraria. Ho avuto la pazienza di leggere le dichiarazioni rilasciate da alcune persone all'epoca e sono giunto alla conclusione che oggi quelle stesse persone non potrebbero che ammettere che dopo l'entusiasmo iniziale ci si è però dovuti scontrare contro la dura realtà, tant'è che quanto era stato preannunciato non si è realizzato.

Tanto per fare un esempio, ricordo che secondo alcuni l'*intramoenia* avrebbe consentito di mantenere le grandi professionalità all'interno dell'ospedale e soprattutto – elemento estremamente qualificante che spinse l'opposizione a tenere un atteggiamento collaborativo – di ridurre i tempi delle liste d'attesa. Così però non è stato ed in tal senso porterò un esempio che attiene alla mia esperienza personale, ma che induce a riflettere.

Come è noto, uno dei controlli di *routine* che si effettuano ai bambini è l'esame cardiologico, cui ho deciso di sottoporre anche mio figlio. In

ambito medico non sono uno qualsiasi e avrei quindi potuto tranquillamente rivolgermi ai miei colleghi medici, tuttavia preferendo non usufruire di alcun vantaggio, mi sono rivolto come semplice cittadino alla mia ASL di appartenenza per prenotare tale prestazione e dove mi sono sentito dire che ero fortunato dal momento che mio figlio avrebbe potuto effettuare l'esame cardiologico in tempi brevi, ovvero dopo 4 mesi. Quanto detto è ancora poca cosa visto che ci stiamo riferendo ad un esame preventivo, e che per fortuna il buon Dio mi ha dato un figlio sano. Assai più grave è invece il caso di una persona amica che avendo chiesto di effettuare una mammografia a causa di un sospetto molto serio e fondato di tumore, si è sentita rispondere che per ottenere tale prestazione avrebbe dovuto attendere 3 mesi e mezzo.

Capite quindi bene che qui non si sta parlando di problemi di centro-destra o di centro-sinistra, ma di questioni serie la cui soluzione non può arenarsi di fronte alle «idiozie» – utilizzo questo termine non in senso offensivo, ma nell'accezione usata in altra sede dal collega Buttiglione – di chi pensa solo agli affari propri e quindi alla linea politica che, comunque vada, ha deciso di perseguire. Non è possibile che in questo ambito si continui a manifestare questa specie di odio ideologico in virtù del quale, in tutte le regioni e contro il dettato della norma, si continua a pagare a piè di lista tutte le prestazioni erogate dalla struttura pubblica per poi accanirsi nei confronti del settore convenzionato che, pur essendo esterno è comunque parte integrante del Sistema sanitario che è chiamato in taluni casi a surrogare, e che invece si fonda esclusivamente sui DRG. A questo proposito tengo a precisare che lo spirito della scorsa finanziaria per quanto attiene questo specifico ambito era proprio quello di cercare di usare tutte le armi del nostro arsenale per superare il problema delle liste d'attesa, soprattutto in presenza di alcune patologie, problema che – ripeto – non è legato ad una linea politica, ma che proprio per la sua rilevanza merita delle risposte concrete.

Mi rivolgo al Ministro – a cui sono legato da amicizia e stima che credo reciproca e che immagino dovrà tirare le orecchie a qualcuno considerato che la responsabilità di certe situazioni non può certo pesare tutta sulle sue spalle – per ricordarle che a novembre ci parlò dell'attuazione in tempi brevissimi di sistemi di selezione degli IRCSS, iniziativa di cui però nonostante si sia ormai quasi a febbraio non si è più avuta alcuna notizia. Questo non ci induce...

TURCO, *ministro della salute*. La questione è all'esame del Consiglio di Stato di cui non sono certo io a decidere i tempi di lavoro!

CURSI (AN). Tengo però a segnalare però che non conosciamo neanche i tempi ed i termini della modifica. Non sappiamo niente al riguardo.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Signor Ministro, al di là del Consiglio di Stato, faccio presente che dal momento che siamo stati eletti direttamente dal popolo, non possiamo essere circuitati in senso assoluto. In-

tendo dire che tutto sommato ciascuno di noi, e questo vale sia per i rappresentati della maggioranza che dell'opposizione, non può limitarsi a dire che una determinata situazione non rientra nelle proprie sue responsabilità, ma in quelle del Consiglio di Stato che non ha provveduto a informare...

TURCO, *ministro della salute*. Mi riferivo semplicemente ai tempi!

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Sì, ma al di là dei tempi vorrei essere informato anche sulle metodiche, ovvero sulla problematica su cui è chiamato ad esprimersi il Consiglio di Stato.

Per intenderci, in materia di ripristino dell'esclusività del rapporto, lei sulla stampa ha rilasciato delle dichiarazioni che hanno anche una *ratio*, sottolineando come tale aspetto rappresenti un obiettivo improcrastinabile che sarà possibile raggiungere non appena si avranno gli spazi attrezzati. Faccio però presente che a meno di non prenderci in giro, siamo tutti consapevoli dell'impossibilità di realizzare i suddetti spazi attrezzati su tutto il territorio nazionale e l'esclusività non la si può realizzare solo in un posto e non in un altro, posto che è una iniziativa che deve trovare attuazione a livello nazionale.

Segnalo in proposito alcune preoccupazioni dovute a delle disposizioni contenute nella finanziaria appena varata che, per altro, da quanto mi consta, dovrebbero applicate in futuro a tutte le regioni italiane. In virtù di tali disposizioni la Regione Sardegna, ad esempio, a fronte di ingenti sgravi fiscali, sarà tenuta ad accollarsi l'intera spesa sanitaria regionale fino al 2011, dopo di che si dovrà provvedere in altro modo. Ebbene, credo che neanche la mia nipotina considererebbe conveniente tale disposizione che pure voi avete votato!

Farò di seguito un altro esempio che riguarda sempre la mia regione, la Sardegna – talvolta fare riferimento a situazioni che si conoscono personalmente evita anche di dire sciocchezze – che sembrerebbe essere diventata la regione «faro» del futuro. Mi risulta per altro che l'assessore alla sanità della mia regione sia persona stimata dal Ministro con cui mantiene un colloquio costante, ragion per cui credo che lei Ministro sappia bene che il piano sanitario prevede che nella città di Cagliari vengano chiuse tre strutture ospedaliere con l'obiettivo di realizzare un megaospedale, il tutto però senza sapere se vi siano le risorse per costruirlo, chi sarà tenuto a sborsarle e dove questa struttura verrà collocata. Ad essere ben chiari sono invece i tempi di realizzazione disastrosamente lunghi, a fronte dei quali però si afferma che non appena completata la nuova struttura ospedaliera si avranno ampi spazi per esercitare l'attività di *intramoenia*, il che in concreto significa che in Sardegna da qui a 10 anni dal punto di vista dell'esercizio della libera professione medica intramuraria non si otterrà alcun risultato! Detto questo diventa allora difficile sostenere che il ripristino dell'esclusività di rapporto sarà valido dappertutto meno che in Sardegna, dove ad esempio sono stati previsti 150 posti letto in un ospedale che verrà realizzato ad Olbia, come si suol dire, a babbo morto.

L'importante è quindi stare con i piedi per terra, perché tengo a ribadire che la salute non è questione di centro-destra o di centro-sinistra, e quindi quando si hanno grandi ambizioni, ma scarsità di strumenti, allora bisogna adoperare il buon senso.

È importante quindi non fare grandi annunci, innanzi tutto perché se poi non si perseguono gli obiettivi diventa difficile tornare indietro sulle proprie posizioni, in secondo luogo, perché pur di essere coerenti con quanto si è affermato vi è il rischio di creare una sanità «a macchia di leopardo», visto che in alcune aree del Paese è possibile realizzare iniziative che invece in altre risultano inattuabili.

In questi giorni, mentre si riducono i posti letto, nella mia Regione vedo ancora le brandine. Auspico che al più presto tutti noi, almeno noi membri della Commissione di inchiesta sul sistema sanitario nazionale, ci si impegni a capire la situazione della sanità. Senza un'*intramoenia*, senza una collaborazione esterna, senza una giusta prevenzione, si arriva di fatto solo all'ospedalizzazione e quindi a costi decisamente superiori.

Per tali ragioni, signor Ministro, mi permetto di dirle che non sono d'accordo con il suo ottimismo, che nasce dalla volontà e che spero ci dia al più presto delle risposte che in questo momento latitano.

BIANCONI (FI). Signor Ministro, ho apprezzato molto il suo richiamo alla centralità del Parlamento. Sulla base di ciò le posso testimoniare a nome del nostro Gruppo l'assoluta attenzione ad un confronto estremamente serrato. Anzi, sin da ora al Presidente dico che, rispetto all'indagine conoscitiva che stiamo conducendo in materia di *intramoenia-extramoenia*, al di là di alcune audizioni fondamentali come quelle dei rappresentanti delle Regioni, si può iniziare a ragionare su un percorso di analisi estremamente approfondito.

Non voglio ripetere le osservazioni già fatte da chi mi ha preceduto, tuttavia rispetto a tematiche come le liste d'attesa, l'*intramoenia* e l'esclusività del rapporto, vorrei esprimere qualche considerazione.

In materia di *intramoenia*, a seguito delle audizioni che sino ad ora ci hanno portato a conoscenza di molte realtà, il giudizio a cui siamo pervenuti si discosta poco da quello emerso dall'indagine parlamentare condotta nel 2003.

Ritengo poi che la problematica delle liste d'attesa non possa essere affrontata tutte le volte che cambia un Governo partendo da zero. Speriamo solo per quello che stiamo trattando che il vostro Esecutivo duri cinque anni ma non si può sempre rivoluzionare le procedure rispetto al passato senza prevedere azioni tali da produrre soprattutto miglioramenti. Infatti, restando sempre sul punto di partenza non vi sono mai *step* successivi.

Quanto all'esclusività di rapporto sembra di assistere al gioco dei balletti. In proposito ricordo che l'avete introdotta voi, noi poi l'abbiamo tolta e ora voi la reintroducete. Discutiamo l'argomento fino in fondo e una volta per tutte e arriviamo finalmente a un punto di definizione;

sono convinta che i professionisti sono ormai stanchi e non credono più ai nostri ragionamenti.

Siamo assolutamente pronti ad un confronto molto serrato e motivato ma vorremmo essere anche confortati da motivazioni opposte e commenti che ci consentano di arrivare ad un punto di chiarezza.

Lo stesso discorso vale per il governo clinico. Riteniamo il testo del senatore Tomassini un ottimo punto di partenza sia sull'*intramoenia* sia sul governo clinico dal momento che si tratta di due realtà che vanno assolutamente abbinate e che non si possono dimenticare anche alla luce di quanto si sta verificando in questi giorni.

Al di là della sua audizione, signor Ministro, ho molto apprezzato un'agenzia stampa che riporta alcune sue dichiarazioni in merito all'avvio di un'indagine conoscitiva sul rispetto delle regole previste dai protocolli di sicurezza e di igiene adottati per gli ospedali.

TURCO, *ministro della salute*. Ho risposto ad un'audizione alla Camera.

BIANCONI (FI). Ministro, voglio soltanto farle presente (e mi rivolgo anche al collega Tomassini che oggi è presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale) che nella passata legislatura questa Commissione fotografò la situazione degli ospedali di quasi mezza Italia, pervenendo a determinati risultati. Per non correre il rischio di lavorare inutilmente, sarebbe opportuno prendere come punto di riferimento i lavori svolti nella precedente legislatura, lavori che possono comunque essere migliorati ed approfonditi. Credo che la centralità del Parlamento significhi anche che quando si svolgono inchieste sulla salute pubblica non esistono distinzioni di carattere politico. Per questo motivo è bene non abbandonarle ma considerarle un punto di partenza per il nostro lavoro. Smettiamo di concepirci a compartimenti stagni ritornando all'inizio di ogni legislatura a bomba su questo tema.

Inoltre, Ministro, alla luce di quanto aveva anticipato nei mesi scorsi, le chiedo di riferire al più presto sul parto indolore e sulle cure palliative, argomenti molto importanti da noi condivisi su cui sarebbe opportuno svolgere un dibattito in questa Commissione.

Chiedendo anticipatamente scusa per il giudizio forse un po' *tranchant*, ma ho l'impressione che questa Commissione si sia incartata (perdonate l'espressione) sul testamento biologico su cui si sta discutendo ormai da sette mesi. Posta la legittimità di avere opinioni diverse, ritengo però che la Commissione igiene e sanità del Senato abbia compiti un po' più ampi.

TURCO, *ministro della salute*. Vorrei anzitutto partire dalla sollecitazione della senatrice Binetti che invitava a mantenere insieme prospettiva e concretezza. Penso che ciò sia molto giusto e importante anche se non sempre facile da realizzare, dal momento che non definiamo noi l'agenda

visto che ogni giorno vi sono nuove emergenze da affrontare. Tuttavia è una fatica che bisogna compiere.

GRAMAZIO (AN). L'agenda la determina più il settimanale l'«Espresso» che il Ministro.

TURCO, *ministro della salute*. Non facciamo bieca polemica, altrimenti è inutile confrontarsi.

GRAMAZIO (AN). È un'affermazione.

TURCO, *ministro della salute*. Il Patto per la salute non è solo un patto finanziario ma un programma di ammodernamento del sistema sanitario che deve avere alla base ciò che, a mio avviso, è assolutamente essenziale e decisivo per governare la sanità che è un sistema molto complesso; e se manca la cooperazione, il gioco di squadra non si governa. Pertanto, avere stabilito la cooperazione istituzionale è fondamentale; ora si dovranno raggiungere tutti gli obiettivi, a partire dall'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per arrivare alla politica degli investimenti e alla promozione delle cure primarie. Questa azione di cooperazione ci ha consentito, ad esempio, di mettere a fuoco alcune priorità al contempo molto concrete ma anche strategiche. Sul sistema delle cure primarie abbiamo avviato una discussione con i medici di famiglia partendo da un obiettivo reale quale quello della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e durante il fine settimana; ciò ci indurrà a ragionare anche del ruolo della medicina generale.

Ancora, la politica degli investimenti, la prevenzione del rischio clinico, cui ho fatto cenno, la situazione igienica delle strutture ospedaliere sono tutti temi che stiamo affrontando insieme alle Regioni nell'ambito del Patto per la salute, così come la questione della *governance* del sistema sanitario.

Nell'ambito sempre della concretezza, segnalo un'azione importante che il Ministero della salute sta svolgendo: l'affiancamento delle Regioni con posizioni debitorie molto complesse e di quelle (ad esempio la Calabria di cui incontrerò il Presidente al termine di questa riunione) per le quali si pone un problema non tanto e non solo di risorse da destinare agli investimenti ma anche di sostegno alla progettazione e alla realizzazione dei provvedimenti.

Detto questo, sono ben contenta se vorrete fare il punto sul complesso dell'attività del Governo. Oggi, mi sono attenuta ai due punti che avete posto alla mia attenzione e rispetto ai quali ribadisco la volontà di risolvere il problema dell'*intramoenia* con una intesa o un accordo istituzionale, sentendo ovviamente il parere delle Regioni e valutando i risultati della vostra indagine. Sono ben contenta di discutere con voi delle possibili soluzioni ed abbiamo già iniziato a farlo. La libera professione è indubbiamente un valore da tutelare per la professionalità e per il cittadino ma questa libera professione deve avvenire attraverso una scelta

molto netta tesa alla valorizzazione della struttura pubblica. D'altra parte è ampiamente provato che tutto funziona meglio quando il medico, il professionista è dedito interamente alla struttura pubblica. Non c'è dubbio che bisognerà valutare come realizzare tutto ciò tenendo conto della disomogeneità della realtà sanitaria nel nostro Paese. A nostro parere, si dovranno trovare soluzioni che consentano di coniugare i due valori della centralità del servizio pubblico e della libera attività professionale.

Da questo punto di vista la vostra indagine sarà sicuramente preziosa, come importante è il rapporto con le professioni mediche. Come si può definire un provvedimento di questo tipo senza avere un confronto ravvicinato con i rappresentanti di categoria e sentire le loro proposte che, come vi ho detto alla luce degli incontri fatti, sono articolate?

Ribadisco che un'ulteriore proroga del termine del 31 luglio 2007 è sconsigliabile soprattutto in nome del principio di responsabilità: un'azione seria di Governo (inteso in senso lato come Esecutivo e Parlamento) non può proseguire di proroga in proroga, soprattutto se si tratta di temi importanti come quelli in oggetto. Occorre optare per una soluzione graduale che tenga conto delle disomogeneità territoriali ma che comporti una scelta. Per questo ritengo importante il lavoro d'indagine svolto da questa Commissione.

Quanto alle liste d'attesa, pur con tutta l'amicizia che provo al suo indirizzo, invito il senatore Corsi a non fare polemica, dal momento che sa benissimo che un nuovo Governo avrebbe potuto, come diceva la senatrice Bianconi, scegliere un'altra strada, perché quello che era stato fatto dal precedente Esecutivo non andava bene. Ebbene, il nostro Governo ha ritenuto opportuno non agire in questo modo.

CORSI (AN). C'è un accordo con le Regioni.

TURCO, *ministro della salute*. Certo, c'è un accordo con le Regioni, ma se queste ultime non lo hanno rispettato è perché lo hanno vissuto come un'imposizione piuttosto che come un accordo. Infatti, regolare senza la loro partecipazione un sistema delicatissimo come quello delle liste d'attesa ha fatto sì che le Regioni abbiano prima subito le scelte fatte e poi snobbato ed eluso la norma. Va detto che non sempre la questione delle liste d'attesa viene considerata un'assoluta priorità; dopo un'impegnativa discussione, abbiamo deciso che non si sarebbe proposto alcun provvedimento e non si sarebbe fatta nessuna campagna né alcun annuncio, ma che si doveva agire sul serio nell'interesse dei cittadini, il che significa scegliere delle priorità da rispettare una volta definite. Certamente è una verifica ma che vale anche per me: ora saranno presentati i piani votati dai Consigli regionali che poi dovranno essere adottati dalle aziende. Quest'ultimo passaggio non è un ulteriore cavillo ma sta a significare che l'azienda diventa protagonista di una politica di questo tipo: è una prova di serietà.

CORSI (AN). Per fare tutto questo c'è voluto un anno!

TURCO, *ministro della salute*. Se aveste proceduto in modo diverso e, anziché inserire una norma in legge finanziaria per sbandierarla come una grande politica, aveste sin dall'inizio detto alle Regioni, a muso duro, che si trattava di una priorità sulla quale decidere insieme, così scegliendo la strada della condivisione, probabilmente si sarebbero ottenuti risultati maggiori. Io, comunque, ho optato per questa strada, vedremo poi quali saranno i risultati; ovviamente interpellarete me ma anche le Regioni, essendo un tema relevantissimo all'attenzione dell'opinione pubblica. L'elenco delle risorse stanziato dalla legge Bindi e non utilizzate è molto eloquente. Da esso si evince che, ad esempio, la Regione di cui è presidente Errani ha utilizzato tutte le risorse disponibili, mentre altre sono le Regioni che purtroppo non hanno fatto altrettanto. È sempre così. Dopo aver portato avanti una battaglia per avere più risorse, fa piangere il cuore constatare che non sono stati utilizzati i finanziamenti destinati da leggi che risalgono al 2000 ad ambiti rilevanti quali le terapie del dolore, le cure palliative e l'*intramoenia*. Siamo alle solite: alcune Regioni eccellono, altre fanno fatica. Ebbene, se vogliamo costruire l'unitarietà del sistema è inutile stabilire ulteriori imposizioni, bisogna fare in modo invece che tutte le Regioni siano in grado di utilizzare bene le risorse messe a loro disposizione, tenendo conto che ciò non viene fatto a volte per mancanza di volontà politica, altre volte per carenze nella strumentazione amministrativa. Pertanto è fondamentale un'azione di sostegno, di affiancamento e di costruzione di accordi di programma. Le risorse stanziato e non utilizzate, però, dimostrano anche che il Governo precedente non ha ritenuto – decisione assolutamente legittima – la costruzione delle strutture da destinare all'*intramoenia* un'assoluta priorità. Detto ciò, verificherete poi se l'attuale Governo riuscirà a far impegnare quelle risorse; sin d'ora però posso assicurarvi che la mia ferma volontà è che esse siano pienamente utilizzate. Non so se il non utilizzo delle risorse stanziato da tanto tempo e non utilizzate se non da qualche Regione sia anche espressione di una volontà politica che legittimamente non ha ritenuto si trattasse di un'assoluta priorità. Penso sia importante confrontarsi sulla base dei risultati che otterremo dall'esperienza di governo delle Regioni.

Ribadisco comunque l'importanza del vostro lavoro d'indagine e di proposta su questi temi. Convengo altresì sulla necessità di coordinarci in vista dell'indagine conoscitiva, che risulta doverosa, sulla condizione igienica delle strutture sanitarie.

PRESIDENTE. Certo di interpretare anche l'opinione della Commissione, chiedo al Ministro se è disponibile ad intervenire in altra seduta per riferire sui piani regionali, per la parte riguardante l'*intramoenia* e le liste di attesa, che saranno trasmessi al Dicastero entro il prossimo 31 gennaio, atteso che ciò ci consentirà di acquisire dati e informazioni utili ai fini della nostra indagine conoscitiva.

TURCO, *ministro della salute*. Presidente, non ho problemi in tal senso.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente il ministro Livia Turco per la disponibilità dimostrata e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17,05.

