

Un New Deal della Salute

Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini

**Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati**

Roma, 27 giugno 2006

Indice

1. Perché serve un New Deal della Salute pag. 4
 2. Le “nove” parole chiave del New Deal della salute pag. 5
 3. Lo scenario pag. 8
 4. Il governo del sistema pag. 10
 - 4.1 Stato e Regioni: il nuovo asse per il governo della sanità
 - 4.2 La “cattiva” politica
 5. Le risorse del sistema pag. 12
 - 5.1 La questione finanziaria e il nuovo patto per la spesa
 - 5.2 La ricchezza delle professionalità
 - 5.3 Sindacato, impresa e Ssn: un nuovo dialogo per lo sviluppo
 - 5.4 Il cittadino protagonista del sistema
 6. La sfida della ricerca pag. 19
 7. Una nuova politica farmaceutica pag. 20
 8. Le grandi criticità pag. 22
 - 8.1 Tempi d’attesa
 - 8.2 Progetto per l’autosufficienza sanitaria del Mezzogiorno
 - 8.3 Le carenze e le disuguaglianze nell’oncologia
- Un New Deal della Salute
Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati 3
9. Un grande obiettivo: la Casa della Salute pag. 29
 10. Le “quattro” sicurezze pag. 32
 - 10.1 La sicurezza delle cure
 - 10.2 La sicurezza nei luoghi di lavoro e nell’ambiente domestico
 - 10.3 La sicurezza ambientale
 - 10.4 La sicurezza alimentare
 11. Le “dieci” azioni già avviate e di prossimo avvio pag. 38
 - 11.1 La salute delle donne, la tutela delle partorienti, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato
 - 11.2 La promozione e lo sviluppo delle terapie del dolore
 - 11.3 La presa in carico della salute mentale
 - 11.4 Le malattie rare
 - 11.5 L’impegno per le disabilità
 - 11.6 Le prime azioni per il Mezzogiorno
 - 11.7 La presa in carico delle persone tossicodipendenti
 - 11.8 La promozione del progetto “un sorriso in salute”
 - 11.9 L’attenzione alle persone anziane
 - 11.10 La rivoluzione tecnologica-comunicativa
 12. Conclusioni pag. 44

1. Perché serve un New Deal della Salute

Onorevoli deputati e deputate,

la mia esperienza parlamentare e la precedente attività di governo mi suggeriscono di attribuire grande importanza al dialogo e al confronto costanti con il Parlamento.

Ma soprattutto mi confermano **il dovere istituzionale e politico di far sì che il Parlamento sia sempre considerato come sede pubblica “primaria” ove illustrare le iniziative di governo che si intendono promuovere.**

E' questa la ragione che mi spinge a considerare la presentazione del programma sulla sanità in questa sede un atto particolarmente impegnativo essendo, questa Audizione parlamentare, la prima occasione in cui saranno individuati in modo preciso i programmi, gli obiettivi e le attività del Ministero della Salute, in base ai compiti costituzionali ad esso affidati.

Punto di riferimento del mio mandato è il programma dell'Unione.

Esso, però, è qui precisato e sviluppato da quanto ho avuto modo di ascoltare ed anche imparare in questo mese di lavoro da parte delle tante e preziose competenze del Ministero, delle Regioni e delle altre Istituzioni di governo locale, dei medici, delle professioni sanitarie, dei farmacisti, degli imprenditori, dei sindacati, del mondo del volontariato e delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, delle comunità religiose, dei singoli cittadini.

Ascolto che proseguirà in modo intenso nel mese di luglio e che sarà una costante del mio lavoro, con la finalità di **contrarre un nuovo Patto per la salute, un vero e proprio “New Deal” per la sanità italiana che sappia raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema finalizzandone l'operato verso un unico grande obiettivo: ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini.** Ma che sappia anche considerare la produzione del benessere e della salute come il principale baricentro delle nostre politiche. A bisogni di salute sempre più crescenti devono infatti Un New Deal della Salute

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati 5

corrispondere investimenti adeguati sull'insieme delle strategie comprese tra la prevenzione della malattia, la responsabilizzazione dei cittadini e il controllo complessivo dei diversi “determinanti della salute” (stili di vita, ambiente, lavoro, condizioni sociali ed economiche). Occorrerà quindi programmare una riconversione graduale degli indirizzi di spesa all'interno del sistema sanitario e dare luogo, al contempo, **a politiche sempre più integrate che si sviluppino attraverso un vero e proprio piano di azione interministeriale.**

2. Le “nove” parole chiave del New Deal

La fiducia. Dobbiamo ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sanitario. Ciò significa avere come inderogabile punto di riferimento il cittadino, la sua dignità, la sua concreta condizione di vita. Il cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali ma anche il “dovere” di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, che è “dovere” del Ssn attuare compiutamente e diffusamente.

La fiducia si costruisce conoscendo e valorizzando la buona sanità. E questo è un compito anche etico che attribuisco al Ministero che presiedo. Fiducia significa anche “generare fiducia” attraverso la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità di chi opera nella sanità e la condivisione di un progetto comune. Anche per questo, **a fine ottobre 2006, vogliamo promuovere gli stati generali degli operatori e delle operatrici della salute:** per discutere insieme e condividere un New Deal della salute nella consapevolezza che la sanità italiana ha bisogno di serenità, certezza di valori,

regole e di migliorare dall'interno la sua qualità. La sanità italiana è una casa solida che va ristrutturata, abbellita, resa più accogliente ed equa attraverso il concorso di tanti e di tante.

La qualità. E' il principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche ogni procedura gestionale e amministrativa. La qualità in sanità non riguarda, infatti, solo gli aspetti squisitamente clinici ma anche quelli connessi con una organizzazione e una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati.

L'umanizzazione. E' la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino. **In proposito si sta valutando, tra l'altro, la possibilità di riprendere il progetto di "ospedale modello" avviato dall'ex Ministro Veronesi nel 2000 al fine di valutarne, insieme alle Regioni, la possibilità di metterne in rete le intuizioni e le soluzioni innovative in esso contenute.**

L'unitarietà del sistema. E' indispensabile per promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze. Ciò significa non accontentarsi delle leggi e degli indirizzi scritti e concordati ma lavorare quotidianamente per porli effettivamente al servizio delle persone.

La responsabilità. Riguarda tutti gli attori, a partire dal medico fino al cittadino e al soggetto pubblico, assunto nella sua unitarietà: Governo, Regioni, Enti Locali e Aziende sanitarie e ospedaliere. In proposito è bene richiamare quanto già detto sulla fiducia e sui doveri, prima delle strutture e degli operatori e poi del cittadino, di fare tutto il possibile affinché la malattia sia evitata. Quello che potremmo definire come una sorta di "dovere di non ammalarsi" inteso come assunzione piena di responsabilità di tutti gli attori per evitare le patologie evitabili con stili di vita salubri e azioni di prevenzione efficaci. Ma esiste anche un'altra responsabilità. Quella dell'appropriatezza e della lotta agli sprechi. Sprechi che sono troppe volte frutto di prescrizione e la moltiplicazione di esami diagnostici inutili da parte del medico, ma anche il mancato ritiro dei relativi referti da parte del cittadino.

Questa negligenza che, ribadiamo, è un venir meno ad un dovere di responsabilità, può essere sottoposta ad un ticket che perlomeno rimborsi la Comunità di parte delle spese inutilmente sostenute. L'unico ticket che oggi ha un senso è proprio quello sulla negligenza e l'inappropriatezza. Un ticket che dovrà essere quantificato e pagato dal sistema (in forma di penalizzazioni) ma anche dal cittadino (quale vera e propria "multa" per un comportamento scorretto e per il danno causato alle economie del sistema sanitario).

La legalità. Deve tornare ad essere un principio guida universale nei comportamenti individuali, nelle pratiche concorsuali e contrattuali, nelle negoziazioni per l'acquisto o l'appalto di forniture e servizi. **Non possiamo immaginare un nuovo Patto sulla salute che non abbia nella profonda e radicata legalità del sistema la sua matrice fondante e di garanzia nei confronti del Paese e della collettività.**

La cultura dei risultati. Abbiamo bisogno di una robusta iniezione di strumenti di valutazione e misurazione di ciò che garantiamo ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute. Il Ssn non può essere, infatti, considerato un mero erogatore di prestazioni. Ciò comporta un cambiamento di cultura, di pratica e l'adozione di adeguati indicatori e standard per il monitoraggio che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-beneficio.

La politica delle alleanze. E' indispensabile per tutelare un bene prezioso, come la salute, che è un investimento per l'intero paese e non solo per il singolo individuo. Per questo vogliamo costruire un nuovo patto, un New Deal della salute, che coinvolga, insieme alla unitarietà del soggetto istituzionale, le professioni mediche e sanitarie, i cittadini attraverso le loro associazioni di tutela, gli attori economici e sociali.

Proprio perché la costruzione ed il governo di questo patto sia costruito insieme e condiviso, istituirò e renderò permanente al Ministero (oltre al confronto con le Regioni), **la consulta dei medici, quella delle professioni sanitarie, la consulta delle associazioni e del volontariato ed il tavolo di concertazione con i sindacati e con le imprese.**

L'Europa e il Mondo. Dobbiamo costruire una nuova politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi europee, nelle organizzazioni di cooperazione internazionale e promuovendo, pertanto, un programma di partnership internazionale nei vari paesi del mondo. A partire dal potenziamento della rete degli Ospedali italiani all'estero, quale bandiera, ma anche occasione di sviluppo e promozione di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale negli altri Paesi del Mondo.

3. Lo scenario

La sanità italiana rappresenta oggi uno dei più importanti comparti di attività del Paese. Lo è dal punto di vista finanziario ed economico, dal punto di vista occupazionale e produttivo, per il valore aggiunto in termini di know how nella ricerca scientifica, tecnologica e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative. Lo è per la straordinaria esperienza accumulata in termini di "governo" di sistemi complessi ad alta valenza socio-economica, svolta in una logica di crescente coesione istituzionale tra Governo centrale e Governi regionali, quale esempio concreto di federalismo solidale applicato alla vita e agli interessi concreti dei cittadini. Lo è, sopra ogni altra considerazione, per il fatto di essere l'unico comparto del Paese chiamato a rispondere quotidianamente alle esigenze di assistenza di "tutti" i cittadini, senza alcuna distinzione di età, condizione sociale, sesso, residenza.

In altre parole, la sanità può effettivamente considerarsi come un sistema organizzato e strutturato per rispondere ad un interesse universale della popolazione.

Questa dimensione deriva ovviamente dalla scelta compiuta nel 1978 quando il Parlamento, a larghissima maggioranza, decise di istituire un Servizio sanitario nazionale basato su tre grandi cardini: l'equità, l'uguaglianza, la solidarietà.

Tre capisaldi che hanno mantenuto intatto il proprio valore in questi 28 anni riuscendo a permeare le diverse riforme che si sono succedute fino a quella costituzionale del 2001 dove, con la previsione di livelli di assistenza sanitaria uguali per tutti in ogni parte del Paese, si è data definitiva attuazione a quella "garanzia del diritto alla salute" già prevista dall'art.32 della prima parte della Costituzione della Repubblica.

Oggi il servizio sanitario italiano si presenta con un sistema di Governo maturo, basato su due grandi pilastri, Stato e Regioni, che, insieme, hanno la piena responsabilità delle scelte, delle politiche, degli indirizzi, delle strategie, della definizione delle priorità e, conseguentemente, della determinazione delle risorse finanziarie, umane e tecnologiche, utili all'esercizio di questa funzione costituzionale.

Ed è proprio dal "Governo del sistema" che ritengo di dover avviare l'illustrazione del programma di questo Ministero.

4. Il Governo del sistema

4.1. Stato e Regioni: il nuovo asse per il governo della sanità

La progressiva crescita del ruolo delle Regioni nel governo del sistema sanitario, culminata nell'attribuzione al governo regionale dei poteri di legislazione concorrente, rappresenta, forse, una delle scelte più significative di questi ultimi decenni in campo istituzionale.

Essa si motiva con la necessità di avvicinare territorialmente, socialmente e

culturalmente “l’offerta di servizi e la domanda di assistenza” nel rispetto del principio di sussidiarietà, liberando meccanismi virtuosi di autonomia programmatica, organizzativa e gestionale che in molte situazioni hanno dato luogo a esperienze straordinarie di governo della cosa pubblica.

Al momento attuale, tuttavia, ci troviamo all’inizio di una nuova fase, di un passaggio che possiamo identificare come “la necessità di una nuova forma di governo condiviso”.

Al progredire delle autonomie regionali, infatti, non si è accompagnata una parallela innovazione nelle dinamiche di governo centrali capace di fare compiere un salto ideale e sostanziale al ruolo e alle competenze assegnate comunque al livello nazionale.

Al contrario, la nuova riattribuzione di compiti stabilita dal Titolo V, ha prodotto spesso difficoltà interpretative, se non addirittura diffidenze reciproche tra Stato e Regioni, senza dare luogo a quella nuova cabina di regia comune in grado di monitorare e governare l’intero sistema nel pieno rispetto delle autonomie.

E’ per questo che il primo atto di Governo da me compiuto è stato quello di insediare un tavolo permanente di consultazione con le Regioni, al quale affidare il compito di governare il sistema privilegiando il metodo della condivisione su tutte le grandi questioni aperte in materia di tutela della salute.

In tal modo la logica dei poteri concorrenti si sviluppa e articola in quella del “concorrere” insieme al miglioramento e allo sviluppo della sanità pubblica italiana in una rinnovata logica di unità, intesa come unitarietà di governo e di indirizzo capace di trasformare le differenze in opportunità, superando insieme le disuguaglianze, le disomogeneità e le discriminazioni ancora oggi presenti, non solo tra Nord e Sud ma anche all’interno di territori contigui.

4.2. La “cattiva” politica

Una riflessione a parte merita la necessità di portare a termine quanto già avviato con uno dei primi atti del Governo Prodi, laddove si è provveduto ad abrogare quella norma, varata sul finire della precedente legislatura, che prevedeva l’equiparazione del mandato di parlamentare o di consigliere regionale al quinquennio di esperienza manageriale aziendale, quale requisito previsto per l’incarico di direttore generale delle Asl.

Come ho già avuto modo di sottolineare, ritengo che non si può chiedere a gran voce efficienza, rigore, appropriatezza e competenza nella sanità e poi pensare e adottare una norma, come quella che abbiamo cancellato, che di fatto avrebbe aperto la direzione generale di Asl e Ospedali a persone che, senza nulla togliere all’importanza dell’esperienza di parlamentare o di consigliere regionale, non possono essere certo considerate esperte di gestione e organizzazione di azienda.

La politica è una cosa, la gestione della sanità pubblica un’altra e le due cose devono essere tenute ben distinte.

Ma, come sottolineato, non intendiamo fermarci qui.

La necessità che la politica della lottizzazione esca definitivamente dalla sanità nel suo complesso è, infatti, una necessità sulla quale auspichiamo si possa creare una reale condivisione tra tutte le forze politiche.

Non si tratta di fare facile demagogia “anti partiti”, si tratta al contrario di far sì che la buona politica dei partiti possa riappropriarsi di quella capacità di lettura e di analisi dei bisogni e delle istanze della società, traducendola in azioni e fatti concreti e non in occupazione di posti e incarichi. Detto questo non si vuole, e sarebbe ridicolo farlo, criminalizzare orientamenti e visioni personali che possono e debbono restare patrimonio di ciascuno, **ma si vuole affermare che ciò che deve determinare la scelta di un Direttore Generale di un’azienda sanitaria o di un ospedale deve essere il curriculum e l’esperienza documentata, non la fedeltà a questo o quel partito.** Qualunque esso sia.

5. Le risorse del sistema

5.1. La questione finanziaria e il nuovo patto sulla spesa

Il primo elemento di crisi di questa strategia va individuato nella costante sottostima, o meglio nella "incapacità" di stima, delle risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario che ha caratterizzato molte fasi della vita del Ssn e che oggi è giunta ad un punto di non ritorno con l'evidenza di disavanzi gestionali tali da far emergere un rischio reale di "non governabilità" del sistema stesso.

Tutto questo, quando stiamo vivendo un passaggio delicatissimo per la situazione economica e sociale del Paese che richiede una terapia d'urto in grado di dare, da subito, il segnale concreto di una svolta.

Da qui la decisione di avviare il confronto tra Stato e Regioni per la sottoscrizione di un "Nuovo patto per la spesa sanitaria" capace di traghettare il sistema verso una stagione di certezze e stabilità di governo, ormai avvertita come priorità assoluta da tutte le Regioni italiane, senza distinzione di colore politico o di collocazione territoriale.

Il dialogo per la definizione del Patto è in pieno svolgimento e troverà una prima sintesi il prossimo 4 luglio in occasione della presentazione delle linee del Dpef alle Regioni e del contestuale esame delle proposte regionali che saranno evidenziate al Governo in quella stessa data.

Posso qui anticipare gli orientamenti che il Ministero della Salute ha già ritenuto di condividere con le Regioni e il Governo:

- 1. Valutazione condivisa con le Regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un attento riesame dell'appropriatezza dei Lea e tenendo conto del consuntivo di spesa dell'anno 2006.**
- 2. Certezza di risorse finanziarie, individuando nel 6,6% del Pil per il triennio 2007/2009 un punto di partenza per la programmazione dei piani e delle politiche regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009.**
- 3. Riconoscimento e valorizzazione di autonomie e responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali e imposti e liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale.**
- 4. Valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la costituzione di un organismo bilaterale (Governo-Regioni) per il monitoraggio costante e in corso d'opera incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultato.**

I termini concreti di un accordo sulla sostenibilità del sistema sanitario possono essere i seguenti:

- lo Stato si impegna a ridefinire entro l'anno il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (inizialmente triennio 2007-2009). Le Regioni vengono richiamate ad una assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie (adottando misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi);
- il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte "ordinaria", che assicura risorse adeguate ai costi dei Lea nelle Regioni con performance migliori; e di una parte, scorporata dalla prima, che sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro, quindi

dovrà ridimensionarsi rapidamente nel tempo, e dovrà essere condizionata alla realizzazione effettiva delle azioni di efficientamento, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale. Per alcune Regioni sarà inevitabile prevedere l'affiancamento da parte del livello di Governo centrale fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti.

5.2. La ricchezza delle professionalità

Il secondo livello di criticità da affrontare in termini di risorse è quello delle diverse e straordinarie professionalità impiegate nel sistema, oggi attraversate da una profonda crisi in termini di ruolo, potenzialità di innovazione, assunzione di responsabilità e garanzia di autonomia nell'esercizio del proprio lavoro.

Possiamo in questa sede individuare alcune grandi priorità per gli operatori del Ssn:

1. Sviluppo del governo clinico e assistenziale quale "sistema" di governo

partecipato dell'azienda sanitaria locale, ospedaliera e territoriale, prevedendo forme specifiche e garantite di governance che si articolino nelle diverse strutture del Ssn. Il fine è quello di valorizzare e responsabilizzare l'esperienza clinica e assistenziale allo scopo di orientare il sistema verso l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei bisogni del cittadino, attraverso modalità di intervento basate sulla qualità e l'appropriatezza nelle prestazioni e nei percorsi terapeutici e assistenziali.

2. Dare piena applicazione alla legge 43 del febbraio 2006 sulle professioni

sanitarie. In proposito è già avviato e vicino alla conclusione il confronto con le professioni interessate (infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-
Un New Deal della Salute

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati 15

sanitarie e della prevenzione) per l'attuazione della delega al Governo finalizzata all'istituzione degli Ordini e degli Albi professionali relativi.

3. Riforma del sistema dell'Ecm (educazione continua in medicina) e dello stesso

percorso universitario nelle lauree nelle scienze mediche e sanitarie in grado di recepire le nuove esigenze sanitarie e le nuove dinamiche professionali, con particolare riferimento all'umanizzazione della medicina, alla gestione delle risorse, alla gestione dei percorsi decisionali e al lavoro d'equipe. In proposito appare urgente **ridefinire il rapporto tra Università e Ssn** nell'ottica della sinergia e del superamento di ogni corporativismo.

4. Avviare il superamento delle forme di lavoro atipiche che mascherano spesso un vero e proprio precariato o addirittura un "lavoro nascosto",

come nel caso degli specializzandi, favorendo politiche di integrazione e regolarizzazione contrattuale anche attraverso forme innovative e sperimentali dei rapporti di lavoro, in accordo con le Regioni.

5. Costruire un nuovo sistema concorsuale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie

(dipartimenti, strutture semplici e complesse, ecc.) che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte con la funzione di responsabilità decisionale che riteniamo debba rimanere in capo agli organismi gestionali delle aziende, ma secondo criteri che prevedano:

- Le caratteristiche del posto messo a concorso da definire nel bando
- I titoli di carriera a carattere generale posseduti dal candidato
- I titoli specifici per il posto messo a concorso
- L'attività scientifica e le pubblicazioni del candidato
- La verifica e la valutazione dell'operato in base ai risultati ottenuti nell'esercizio dell'incarico

5.3. Sindacato, impresa e Ssn: un nuovo dialogo per lo sviluppo

Tra i miei primi atti di governo voglio ricordare l'istituzione di un Tavolo permanente di consultazione con i Sindacati confederali. Un Tavolo che affronterà tutti i temi riguardanti la tutela della salute dei cittadini e dal quale si attendono contributi preziosi per la definizione del Patto sulla salute, da contrarre con tutti gli attori del sistema.

In proposito, non possiamo non recepire, in questa sede, la grande novità emersa nel dibattito interno alla Confindustria in merito alla questione sanità.

Dopo anni di politiche sostanzialmente orientate verso una visione liberista, con uno sforzo di analisi e approfondimento rimarchevole, gli industriali italiani hanno prodotto un coraggioso ribaltamento nelle proprie posizioni, arrivando a sostenere la necessità di mantenere e rafforzare il nostro Servizio sanitario nazionale quale grande elemento di stabilità economica e sociale per l'intero Paese.

Partiamo dai dati che evidenziano come:

- le persone occupate nelle oltre 250 mila unità locali che compongono la filiera della salute ammontano complessivamente a quasi 1,4 milioni (corrispondenti a più del 6% delle forze di lavoro occupate nell'intera economia).
- il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 149 miliardi di euro, pari all'11,1% del PIL dell'intera economia nazionale;
- i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale, la distribuzione di farmaci e prodotti medicali per il 2,4% e l'industria della salute per il rimanente 1,6%.

Questi dati forniscono un'ulteriore conferma, da fonte certamente non ascrivibile al "partito della spesa pubblica", **a quanto dichiarato dal Presidente Prodi nel suo discorso programmatico alle Camere e cioè che la sanità non può essere più considerata come un mero fattore di spesa pubblica ma come un vero e proprio volano per l'economia.**

Un volano che, per iniziare ad essere universalmente percepito come tale, richiede un nuovo patto tra i diversi attori del sistema a partire dai grandi Sindacati dei lavoratori fino al mondo delle imprese, con il concorso dei diversi dicasteri competenti e in particolare Salute, Sviluppo Economico e Ricerca, con l'obiettivo di un nuovo piano di investimenti strutturali per il Ssn.

Un patto costruito sulla convinzione che questa filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, know how, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale.

5.4. Il cittadino protagonista del sistema

Una riflessione non meno rilevante riguarda i cittadini e la loro centralità. Cosa significa dare effettività alla centralità dei cittadini?

Si potrebbe immaginare, e non sarebbe davvero poco, ad una azione in favore della attuazione effettiva di quanto già previsto dalle norme in vigore in tema di partecipazione. Ma ci serve, in realtà, qualcosa di più. Abbiamo bisogno, certamente, di incrementare quantitativamente luoghi, occasioni, momenti di partecipazione. **Ma abbiamo bisogno, ancora di più, di mettere l'accento sulla qualità della partecipazione, puntando su di essa, ai diversi livelli per far emergere problemi e questioni irrisolti, ma anche, e soprattutto, per concorrere alla ricerca di soluzioni percorribili. Abbiamo bisogno di considerare i cittadini come risorsa strutturale del Ssn, e non quali meri destinatari di servizi e prestazioni e di valorizzare, all'insegna del principio di sussidiarietà, il tanto che essi fanno, ai diversi livelli, per la cura del Ssn come bene comune.**

Non si tratta di promuovere una partecipazione generica, come per esempio la

consultazione su scelte già pre-definite, quanto piuttosto una partecipazione attiva, un coinvolgimento vero nei processi decisionali.

L'informazione è una pre-condizione per forme di partecipazione così intese. Una informazione chiara e accessibile, rappresenta, peraltro, anche una modalità per render conto del proprio operato, non solo garantendo l'accesso passivo dei cittadini, ma anche lavorando per disseminare attivamente l'informazione stessa rendendo trasparenti e comprensibili programmi, attività, risultati raggiunti. L'introduzione crescente di modalità e metodologie di rendicontazione nei confronti dei cittadini dovrebbe diventare un vero e proprio asse strategico della nostra azione. Piani strategici, linee di indirizzo, programmi, attività effettivamente svolte, risultati conseguiti, bilancio di missione, dovrebbero diventare, progressivamente, strumenti routinari di dialogo con fasce sempre più estese dell'opinione pubblica, avendo cura di confrontare quanto era negli obiettivi programmati rispetto a quanto si è riusciti effettivamente a realizzare e a rendicontare.

Ciò che abbiamo in mente è un Ministero accogliente, in grado di farsi portatore di un segnale forte nei confronti del mondo delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, puntando sulla accoglienza, l'ascolto, la valorizzazione delle competenze, il rafforzamento della dimensione civica come componente essenziale e vera e propria risorsa del sistema, la valorizzazione delle attività di documentazione dello stato dell'arte e valutazione dell'impatto sociale delle politiche che questo mondo è in grado di esprimere. Realizzare tutto ciò significa riconoscere ai cittadini l'esercizio di ruoli e funzioni nella cura di un bene comune come il Ssn. Per questo abbiamo già messo in cantiere un programma di attività con l'obiettivo di **costituire una consulta permanente delle associazioni** che rifugga dalla occasionalità ed episodicità che troppo spesso hanno caratterizzato nel passato i rapporti tra Istituzioni e Cittadino. Prevediamo **un primo incontro aperto alla più ampia partecipazione, da svolgere nel prossimo mese di settembre.**

6. La sfida della ricerca

Anche per la ricerca è tempo di cambiare. Cambiare approcci, metodi, politiche.

In primo luogo dobbiamo superare quella sorta di duopolio tra Milano e Roma, valorizzando le altre esperienze italiane (tra tutte, a titolo di esempio, quella di Bologna, particolarmente attiva ormai da molti anni) in una rinnovata logica di "rete". Intendiamo poi dare un immediato riscontro alla **richiesta di trasparenza e rigore nell'attribuzione dei fondi**, come testimonia il nuovo decreto ministeriale, già all'esame della Stato-Regioni, che ha provveduto a revocare il precedente Dm del 23 febbraio 2006 e a stabilire nuove modalità, attraverso appositi bandi pubblici, per accedere ai 100 milioni di Euro finalizzati a progetti di ricerca nell'area dell'oncologia. Detto questo, la situazione della ricerca sanitaria in Italia è oggi:

- 1. molto frammentata**, con difficoltà a sviluppare (con la principale eccezione dell'oncologia) progetti di valore internazionale in aree ben definite;
- 2. caratterizzata da un quadro di forte insufficienza delle risorse disponibili;**
- 3. complicata da un notevole carico di lavoro amministrativo per l'assegnazione e l'utilizzazione delle risorse** nonché per cercare di assicurare il loro mantenimento nel tempo. Inoltre, sussistono alcune difficoltà degli istituti italiani ad accedere alle importanti fonti di co-finanziamento europee della ricerca scientifica e tecnologica e sui servizi sanitari, rappresentati dal Programma quadro comunitario della ricerca scientifica e dal Programma di sanità pubblica.

Sulla base di queste considerazioni, l'azione futura per migliorare la situazione sarà finalizzata a elaborare, in collaborazione con gli altri Ministeri competenti e le Regioni, **un piano nazionale triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi**, tenendo conto delle priorità dell'Unione Europea e della

necessità di rafforzare la costituzione di reti nazionali con la partecipazione dei diversi istituti di ricerca italiani.

Il discorso sulla ricerca va comunque allargato con l'obiettivo primario di collegare gli indirizzi di ricerca ai bisogni di salute del paese, alle priorità e agli obiettivi della programmazione sanitaria definiti a livello nazionale e locale. Allargare il concetto di ricerca oltre l'ambito bio-scientifico e quindi **mettere in campo ricerche sociali che sappiano cogliere le questioni emergenti del paese** (ad esempio, anziani e invecchiamento), **ricerche sulla dimensione organizzativa del sistema sanitario per migliorare la sua efficienza e specifiche ricerche di economia sanitaria e nell'ambito delle professioni.**

Una ricerca allargata vale come sinergia e come collaborazione tra le università, gli istituti pubblici e la ricerca privata soprattutto in ambito industriale.

Nell'ambito dei programmi di ricerca si rileva la peculiarità delle malattie rare che richiedono un'assistenza specialistica e continuativa di dimensioni tali da non poter essere supportata e sostenuta al di fuori di un importante intervento pubblico (cfr. paragrafo 11.4).

7. Una nuova politica farmaceutica

Il mercato farmaceutico complessivo ammonta a circa 19 miliardi di Euro, di cui 13 a carico del servizio sanitario nazionale per la spesa farmaceutica convenzionata.

L'Italia è il sesto mercato mondiale ed offre una copertura pubblica superiore al 70%, che risulta tra le più elevate in Europa.

Questi dati e le esperienze maturate sino ad oggi ci convincono che sia giunto il momento per puntare su una piattaforma complessiva, **una vera e propria "Nuova politica farmaceutica"** da definire, implementare e gestire attraverso un tavolo istituzionale allargato alle diverse componenti del settore.

L'ipotesi di fondo è che il farmaco, pur in un contesto di spesa programmata, può diventare elemento di sviluppo dell'intero sistema e degli strumenti di traino per il miglioramento della sanità e delle politiche di welfare.

Ed è per questo che la promozione di una nuova politica del farmaco ha necessità di politiche di coordinamento e di integrazione con i differenti ministeri all'interno delle quali collocare la proposta di un tavolo fra il ministero della Salute, ministero dello Sviluppo Economico, Agenzia Italiana del Farmaco, con la partecipazione degli operatori di settore.

Quattro sono i punti di un' agenda per la "nuova politica del farmaco".

1. Qualità, appropriatezza e controllo della spesa. Dobbiamo assicurare un monitoraggio attento e costante della spesa per la farmaceutica convenzionata e non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta) a livello nazionale e a livello regionale, secondo metodologie trasparenti e condivise fra le parti, migliorando le attuali capacità di monitoraggio e soprattutto indirizzandole verso logiche di qualità e di valutazione dei risultati in termini di salute per i cittadini. L'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche costituisce l'elemento fondante per garantire qualità delle cure e rigore nell'utilizzo delle risorse. Vogliamo definire un programma condiviso con le Regioni, con le aziende e con i medici promosso e finanziato dal Ministero e dall' Aifa, per promuovere l'uso razionale dei farmaci, investendo in formazione e informazione con specifici progetti che favoriscano anche una nuova cultura per l'uso corretto del farmaco da parte dei cittadini.

2. Un tetto di spesa che risponda ai nuovi bisogni di salute. Nel quadro di una nuova politica in grado, come già sottolineato, di coniugare qualità e uso appropriato delle risorse, andrà posta anche la questione della verifica di una eventuale rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica convenzionata, come percentuale del Fondo Sanitario nazionale. Occorre infatti cogliere i

mutamenti e le variabili di contesto, quali l'invecchiamento della popolazione, il trasferimento dell'assistenza farmaceutica dall'ospedale al territorio, il costo assai elevato dei medicinali innovativi e la necessità di garantire un accesso uniforme ed appropriato in tutte le Regioni.

3. Gli accordi per lo Sviluppo e l'innovazione. Vanno definiti diversamente valorizzati gli accordi di programma previsti nella precedente finanziaria, stabilendo forme e modi per incentivare gli investimenti da parte delle aziende farmaceutiche finalizzandoli all'incremento delle ricerche cliniche in Italia, alla registrazione di farmaci innovativi, all'apertura di nuovi stabilimenti di produzione, all'incremento del numero di ricercatori, all'aumento della esportazione dei farmaci innovativi prodotti in Italia.

4. Per un mercato etico. Sulla base di quanto previsto dal nuovo codice comunitario è necessario individuare misure efficaci per la lotta agli sprechi e agli abusi. In questo quadro la questione della trasparenza e della correttezza nei comportamenti delle aziende nel loro complesso, ma anche da parte dei singoli operatori farmaceutici, soprattutto nei confronti della classe medica è questione da affrontare con decisione, con determinazione e con lealtà. Non possiamo infatti immaginare alcun patto in presenza di logiche di marketing così esasperate con ripercussioni sulla stessa legalità del sistema, come purtroppo abbiamo registrato ancora di recente.

8. Le grandi criticità

8.1. Tempi d'attesa

La problematica dei lunghi tempi d'attesa è complessa e di difficile soluzione. Vi si confrontano tutti i Paesi europei e in Italia è stata oggetto di ripetuti interventi, troppo spesso basati più sulla logica del proclama che su quella delle azioni concrete.

La riduzione dei tempi di attesa liste si può ottenere solo attuando appieno quelle pratiche di buon governo della sanità che devono finalmente diventare patrimonio universale del sistema sanitario italiano.

Nel momento in cui ho avviato la mia iniziativa di governo ho chiesto immediatamente alle Regioni una verifica congiunta di quanto attuato delle norme previste dalla precedente legge Finanziaria.

Il tavolo di lavoro, già istituito in precedenza e che si occupa della attuazione dei provvedimenti previsti dalla Finanziaria 2006, ha ribadito la necessità di rispettare tempi e scadenze fissati nella scorsa Finanziaria procedendo alla presentazione dei Piani operativi regionali per la riduzione dei tempi di attesa.

Sino ad oggi, quindi, sono stati rispettate le decisioni precedentemente assunte e le scadenze individuate. Il Governo è ora impegnato su più fronti. Non è infatti possibile immaginare di estrapolare un solo aspetto, in questo caso i tempi di attesa, da tutto il resto, e trattarlo isolatamente. Non abbiamo intenzione di fare alcuna demagogia, né tanto meno di sbandierare bacchette magiche che non sono a nostra disposizione. Bisognerà lavorare intensamente per assicurare soluzioni stabili, che incidano strutturalmente sul sistema, e assicurino, anche grazie a questo approccio, risposte durature e non episodiche ai cittadini.

Cominceremo quindi con la verifica attenta di quanto le norme previste dal precedente Governo hanno prodotto sino ad oggi e produrranno nei prossimi mesi, preoccupandoci di promuovere e sostenere, nella attuazione dei provvedimenti, la omogeneità tra le diverse aree territoriali, evitando il rischio di riprodurre le disomogeneità che caratterizzano ordinariamente il nostro sistema sanitario.

Occasioni di questo genere dovrebbero essere utilizzate per recuperare al Ssn il suo tratto unitario, senza nulla togliere alla autonomia delle Regioni e al rispetto di quanto stabilito dal titolo V della Costituzione.

Il controllo del rispetto dei tempi massimi non può passare attraverso espedienti che

lo depotenzino e lo rendano finto. I cittadini se ne accorgerebbero e si sentirebbero truffati. Al contrario, uno degli elementi di successo risiede nella possibilità di mettere in piedi un sistema informativo adeguato ed efficiente, serio e affidabile, che ci consenta di disporre in tempo reale del polso della situazione e di assumere decisioni basandole su elementi oggettivi. **Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere dedicata alla informazione nei confronti dei cittadini che, spesso, non conoscono esattamente diritti e doveri e alla valorizzazione della loro capacità di monitoraggio e documentazione, attraverso organizzazioni sindacali, di tutela dei consumatori, dello stato dell'arte e delle principali criticità.**

Infine, ma non in ordine di importanza, siamo convinti che anche su un tema così delicato il nostro sistema sanitario abbia già sperimentato, in diverse aree territoriali, soluzioni di successo e di maggiore equità, anche a parità di risorse investite, per esempio attraverso la utilizzazione degli accessi differenziati per codice di priorità. E' da queste esperienze, che hanno già mostrato di funzionare, che abbiamo il dovere, oltre che tutto l'interesse, di partire.

8.2. Progetto per l'Autosufficienza del Mezzogiorno

Noi proponiamo un "progetto mezzogiorno", cioè un progetto che garantisca ai cittadini del Sud le stesse possibilità di salute degli altri.

L'idea operativa potrebbe essere quella di istituire una task force per il mezzogiorno, che sia composta dalle Regioni, dalle Istituzioni tecniche, dal Ministero della Salute da affidare all'Agenzia per i Servizi Regionali, che anche per svolgere compiti del genere va adeguatamente reimpostata.

Ma in cosa consiste la questione mezzogiorno ?

A partire dall'indagine conoscitiva del Senato, che assumiamo come base di partenza, si può riassumere tale questione, come il problema dell'autosufficienza sanitaria del Sud.

Sia i problemi di insufficienza dei servizi, sia quelli di disorganizzazione, che quelli della scarsa fiducia nel sistema sanitario da parte dei cittadini, sia quelli degli squilibri territoriali, ecc., sono alla base del fenomeno della mobilità sanitaria. I dati ci dicono che trattasi spessissimo di una mobilità ordinaria per prestazioni ordinarie.

L'autosufficienza sanitaria del Sud è quindi l'obiettivo politico da raggiungere al fine di ridurre nel tempo i flussi migratori da Regioni per favorire la spendibilità di tutte le risorse nel mezzogiorno.

Tuttavia non è possibile nessun intervento sulla mobilità senza prima aver verificato lo stato reale dei Lea nel mezzogiorno.

Serve una ricognizione che individui "cosa c'è e cosa non c'è". Sulla base di tale ricognizione è possibile distinguere due tipi di politiche:

- quelle che agevolano l'accesso ai Lea disponibili;
- quelle che in modo transitorio disciplinano con accordi interregionali le mobilità in attesa di creare condizioni per l'autosufficienza.

Ciò permetterebbe di distinguere "oggettivamente" una mobilità giustificata da una mobilità ingiustificata e di disciplinarle in modo diverso, ad esempio sottoponendo la mobilità ingiustificata ad un particolare regime di autorizzazioni, con obiettivi di disincentivazione.

L'altra idea operativa è quella di adottare misure di contro-mobilità (Nord verso Sud) cioè muovere anziché i cittadini del Sud gli operatori del Nord.

"Nord verso Sud" è un progetto di collaborazione, di solidarietà, di sostegno, da sancire con accordi interregionali.

A fronte di situazioni di mobilità giustificata l'idea è anche quella di includere, negli accordi interregionali, specifiche intese volte a proteggere i cittadini del Sud rispetto agli alti costi finanziari che le famiglie sono costrette ad affrontare, ai problemi dell'alloggio e all'accesso ai servizi sanitari e ai tempi dei trattamenti.

In questo ambito vanno definite misure che potremmo definire di “continuità assistenziale” tra strutture sanitarie del Nord e strutture sanitarie del Sud.

Un'altra idea del progetto è di includere negli accordi regionali un sistema di telemedicina che in parte sorregga la collaborazione a distanza, in parte riduca la mobilità Nord/Sud delle risorse professionali al minimo indispensabile, in parte affermi un metodo permanente di collaborazione.

Non ignoro a questo proposito le richieste avanzate da alcune Regioni del Sud, in particolare, dalla Campania, di rivedere il meccanismo della quota capitarla ponderata. Ma una revisione del genere, per la sua delicatezza e per le ripercussioni che avrebbe, sulle altre Regioni, necessita di uno studio accurato da fare soprattutto con l'insieme delle Regioni. Si tratta, tra l'altro, di non scorporare tale questione da quella più complessa sul modello di finanziamento e sul modello di distribuzione allocativa delle risorse.

In attesa di ciò noi pensiamo di dare al Sud con il progetto Mezzogiorno due risposte che nel loro significato, anche finanziario, rappresentano una risposta, anche se indiretta, alle richieste di modifica dei criteri di riparto della quota capitaria.

Il primo l'ho appena spiegato e si può sintetizzare in una politica di aiuti per l'autosufficienza. Il secondo è di intervenire sulle carenze strutturali con dei finanziamenti ad hoc. **La questione di fondo che ci pone il mezzogiorno e che vale per l'intero fare è che bisogna tornare ad investire in sanità. Un programma pluriennale di investimenti è la scelta fondamentale e qualificante che vogliamo compiere per i prossimi anni.**

Ma il progetto mezzogiorno non può ignorare il malaffare spesso emergente nel Sud sanitario.

Una caratteristica della sanità del mezzogiorno è infatti quella di detenere un alto potenziale speculativo che in molti casi favorisce il “privato” rispetto al “pubblico” e consente fenomeni di malaffare piuttosto consistenti .

Questo problema che è a un tempo funzionale e di ordine pubblico, non va in alcun modo sottovalutato, costituendo, a sua volta, un decisivo fattore di sfiducia delle comunità e una fonte notevole di sprechi.

Si tratta di individuare quei settori che nel sistema sanitario del mezzogiorno hanno evidenziato in questi anni alti potenziali speculativi, come quello farmaceutico (prescrizioni e distribuzione finale), quello diagnostico (rapporto pubblico-privato), quello delle strutture convenzionate di ricovero e, in generale, la delicata questione degli appalti e delle gare che nel Sud è particolarmente vulnerabile.

Per questi servizi ed altri, si tratta di mettere a punto un sistema di monitoraggio volto a controllare l'appropriatezza delle prestazioni, dei contratti, degli appalti e l'andamento dei flussi di spesa.

Infine, nel progetto mezzogiorno nel quadro degli accordi interregionali, prevediamo soluzioni di affiancamento e assistenza in particolare per le figure di direzione più importanti del sistema sanitario, al fine di rafforzare la capacità amministrativa del management nel suo complesso.

La lezione politica è che per il Sud non si tratta tanto di “copiare” il Nord ma di specificare le proprie caratteristiche con un proprio progetto.

8.3 Le carenze e le disuguaglianze nell'oncologia

Nonostante le professionalità indiscusse che il nostro Paese può vantare anche in questo settore del Ssn, l'area oncologica continua a presentare, sotto il profilo assistenziale, una serie di criticità, soprattutto nelle Regioni meridionali.

Le difficoltà riguardano essenzialmente la possibilità di ottenere una diagnosi certa e un intervento chirurgico in tempi brevi, di essere garantiti nell'accesso alla radioterapia, di poter disporre di assistenza adeguata al proprio domicilio, con l'attenzione necessaria ed indispensabile per la qualità della vita, nelle fasi terminali.

Per quanto riguarda l'accesso ad una diagnosi certa e ad un intervento chirurgico in tempi brevi, sappiamo che una parte dei fenomeni migratori dalle regioni del sud verso il nord trovano proprio in questa difficoltà una delle ragioni principali. Lo stesso dicasi per quanto attiene alle prestazioni di radioterapia. **Sappiamo che nelle regioni meridionali disponiamo, in questo momento, di poco più della metà delle unità di radioterapia delle quali avremmo bisogno** per servire adeguatamente quel bacino di utenza, e sappiamo anche che ogni anno tra il 40 e il 50% di chi ha necessità di una prestazione di radioterapia si sposta verso le regioni del centro-nord, intasando le liste di attesa delle strutture di destinazione. **Ancora oggi il nostro Paese, in conseguenza di quanto appena detto, esporta ogni anno l'8% dei pazienti che fanno radioterapia in paesi limitrofi come la Francia.** Non si può non ricordare, a tal proposito, che quasi la metà delle risorse messe a disposizione dal piano di potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12 della L. n. 488/1999) restano, a tutt'oggi, non spese. Una azione per il recupero di questi finanziamenti e la loro utilizzazione immediata sarà messa in cantiere quanto prima per ovvie ed evidenti ragioni.

Sinora abbiamo parlato di quanto, in ambito oncologico, viene messo a disposizione delle strutture ospedaliere. **Un'attenzione a parte merita la domiciliarità, vero elemento di debolezza del nostro sistema.** Occuparsi di ciò significa, di fatto, preoccuparsi di dare il giusto peso alla qualità della vita nelle fasi terminali. Dare concreta dimostrazione della comprensione che la battaglia contro il cancro non può essere intesa solo come una sfida vita/morte, successo/insuccesso, ma che anche quando gli sforzi per sconfiggere la malattia sono vani si può e si deve impegnare tutto ciò che il progresso della scienza e della innovazione tecnologica mettono a nostra disposizione per la qualità della vita. Tutto ciò è parte integrante del percorso assistenziale e non qualcosa che può esserci o non esserci indifferentemente. I dati e le informazioni a nostra disposizione, alcuni prodotti da organizzazioni di tutela impegnate sul campo, dimostrano che l'assistenza a domicilio, laddove viene messa a disposizione dei cittadini, è molto gradita perché allevia la pesantezza del vissuto quotidiano delle famiglie. **Il problema fondamentale resta la sostanziale inadeguatezza quantitativa della offerta, con le solite disomogeneità territoriali, e la necessità di integrare, talvolta, di tasca propria le prestazioni offerte anche quando questa assistenza è assicurata.** Il sistema si appoggia ancora troppo sull'impegno insostituibile delle famiglie o, comunque, di qualcuno che si prenda cura del malato, nella fase terminale. In una parte consistente delle realtà le misure di terapia del dolore non sono garantite effettivamente e i cittadini lamentano ancora difficoltà nell'accesso ai farmaci oppioidi.

La presenza di posti letto in strutture di tipo hospice, che dovrebbero essere parte di un piano integrato di assistenza, resta una nota dolente. Cominciamo a raccogliere i primi frutti, su questo terreno, degli investimenti degli ultimi anni, ma la disponibilità di posti letto è ancora talmente esigua da non poter essere considerata una possibilità concreta a disposizione di cittadini ed èquipe assistenziali. Vale la pena di ricordare, peraltro, che quote significative del programma nazionale per la realizzazione di strutture per cure palliative (art. 1, comma 1 del D.L. n. 450/98, convertito in legge dall'art. 1 della L. n. 39/1999, in attuazione di quanto previsto dal IV Obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000) restano ancora non spese, e anche per esse bisognerà mettere al più presto in campo una iniziativa per promuovere e sostenere la utilizzazione effettiva di queste risorse.

9. Un grande obiettivo: la Casa della salute

In sanità esistono molte priorità. Compito di questo Ministero, insieme alle Regioni, è quello di affrontarle tutte con cognizione dei mezzi e delle reali possibilità di

soluzione.

In sanità non si possono ingannare i cittadini né gli operatori con facili promesse.

Ma, nell'ambito di questo programma di Governo, che vuole essere una prima agenda delle "cose da fare" che avrà costanti aggiornamenti e rimodulazioni grazie a quella politica dell'ascolto già avviata e che sarà una costante del mio mandato, intendo indicare fin d'ora **"un grande obiettivo" di legislatura: quello di porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale.**

Solo così si potrà infatti realizzare quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino.

L'integrazione socio-sanitaria richiede un forte sviluppo delle politiche sociali. Per questo da Ministro della Salute farò la mia parte per sostenere il Ministro della Solidarietà Sociale affinché il Fondo Nazionale delle politiche sociali sia dotato di risorse adeguate e perché siano definiti i Livelli Essenziali di Assistenza delle prestazioni sociali.

Nello stesso tempo **vogliamo costruire presso il Ministero della Salute un organismo di coordinamento, prevenzione e indirizzo per lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e per la promozione e lo sviluppo delle cure primarie e intendiamo promuovere il prossimo anno, a Bologna, la 1^a Conferenza nazionale delle cure primarie.**

L'obiettivo è quello di coinvolgere tutti i soggetti della medicina del territorio, di conoscere, confrontare e valutare le esperienze che si sono realizzate, i successi ottenuti e le criticità emerse per definire un progetto di medicina del territorio che possa essere apprezzato dai cittadini perché reale, vicino ed anche visibile.

Per far questo, bisogna partire dall'esperienza dei distretti.

Conoscere e valorizzare i successi e le eccellenze, ma anche capire come mai, pur previsto nel decreto legislativo 229/99, il distretto non è diventato ciò che doveva diventare.

Non è stata, e non è, solo una questione di finanziamento, ma di connivenze, inerzie, conservatorismi ed arretratezza. A differenza dell'ospedale dove la storia e la legislazione hanno prodotto una forte identità strutturale, con propri modelli e rituali organizzativi anch'essi oggetto di una straordinaria evoluzione, la sanità territoriale è stata tradizionalmente un aggregato povero di ambulatori e di servizi senza una propria identità e senza un proprio radicamento nell'immaginario collettivo.

Ruolo cruciale per promuovere la continuità assistenziale e offrire al cittadino un punto di riferimento che lo guidi nel suo percorso di formazione, cura e riabilitazione.

La convenzione dei medici di famiglia prevede, tra l'altro, lo sviluppo delle cure primarie attraverso la costituzione di nuovi modelli organizzativi sul territorio come l'Unità Territoriale di Assistenza primaria e forma di aggregazione dei medici di famiglia.

Vogliamo realizzare queste esperienze e proporre ai medici di famiglia un patto di diritti e doveri: diventare il perno del sistema delle cure primarie in un sistema di governance, un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie in un lavoro che deve essere a rete e non più gerarchico e frammentato.

L'evoluzione del distretto, la figura rinnovata del medico di famiglia e di quello ambulatoriale, il ruolo forte delle professioni sanitarie e sociali può portare alla definizione di un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della salute.

La Casa della salute potrebbe diventare la struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Nella Casa della salute lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base con il loro studio associato, gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano; **si persegue la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione sanitaria e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare ed infine si istituzionalizza la partecipazione dei cittadini** che viene garantita attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.

Nella Casa della salute, dunque, devono potere essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di 2° livello.

Nella Casa della salute, inoltre, attraverso l'elaborazione da parte degli operatori che in essa operano, devono trovare implementazione le linee guide condivise e i percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie realizzando quella continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione oggi mancante. Questa ipotesi di riorganizzazione e crescita del sistema delle cure primarie la proponiamo al confronto, alla discussione di tutti gli attori del territorio, dei sindacati, dei cittadini.

Non vuole essere un modello calato dall'alto, ma la proposta di un'idea, di un progetto utile a rendere concreta la ricerca e la discussione che potrebbe essere adottata in modo sperimentale in alcune realtà attraverso anche un sostegno finanziario del Ministero.

Un nuovo sistema di cure primarie può realizzare quella efficace integrazione, tanto auspicata, con la rete ospedaliera che deve proseguire la sua innovazione puntando sull'alta specialità e sulla ricomposizione dei piccoli ospedali in RSA, sedi di day hospital, day surgery polispecialistici, centri di cure primarie.

10. Le "quattro" sicurezze

10.1. La sicurezza delle cure

Dopo anni di discussione, a volte ideologica, siamo ormai in presenza di una consapevolezza diffusa della esistenza di rischi connessi all'espletamento di attività mediche ed assistenziali. Le ragioni che sono alla base della accelerazione definitiva verso questa consapevolezza sono molteplici, alcune di origine finanziaria, altre legate ad aspetti deontologici e all'impatto sociale del fenomeno. Le problematiche più visibili con le quali facciamo i conti quotidianamente, ai diversi livelli, sono legate alla crescita del contenzioso medico-paziente, ed è evidente che i riverberi di esse non si limitano a quelli, pur rilevanti, di natura economica, ma comportano conseguenze assai più negative sul rapporto di fiducia tra medico e cittadino, per la crescita della medicina difensiva e la mancanza di serenità degli operatori.

Il tema riguarda ciò che possiamo indicare, più generalmente come "questione professionale", e che proprio in ragione di ciò necessita di una pluralità di interventi, da quelli che riguardano il governo clinico a quelli che favoriscono la gestione del contenzioso attraverso la promozione e il sostegno di forme di conciliazione. **Abbiamo bisogno di ribadire, e rendere definitivamente chiaro, che ciò di cui ci occupiamo e che abbiamo il dovere di combattere è l'errore e l'evento avverso, non il professionista che ne è stato vittima insieme al cittadino.** Ma il tema tocca anche

le attività di prevenzione e di riduzione del rischio clinico per costruire percorsi terapeutici e assistenziali sicuri. I concetti e le tecnologie di risk management sono ormai sufficientemente evoluti e si sono fatti strada all'interno di alcune realtà aziendali e regionali. Siamo ormai in presenza di un approccio alla materia in grado di contemperare gli aspetti più strettamente collegati alla attività clinica con quelli economico-finanziari o relativi al contenzioso e alla sua gestione.

Presso il Ministero della Salute è attiva una Commissione apposita che sta lavorando tenendo conto delle esperienze già maturate al livello europeo e di quanto di positivo si sta già facendo nelle realtà più sensibili, tanto per quanto riguarda le Asl che le Regioni.

Ciò che emerge con forza è la forte disomogeneità degli interventi predisposti, con una scarsa propensione alla valutazione della efficacia di questi stessi interventi, e la difficoltà di creare un vero sistema di risk management. Si fa molta fatica, ancora oggi, a raccogliere i dati, fatta eccezione per quelli di fonte assicurativa, raramente resi pubblici, e di quelli provenienti dalle principali organizzazioni di tutela e di consumatori. Non si può non rilevare, peraltro, che l'attuale dimensionamento del fenomeno da parte delle assicurazioni risulta eccessivo, perché mirato sulle richieste di risarcimento più che su quanto effettivamente erogato, con evidenti danni per il Ssn, e che non sembra essere assolutamente praticata una verifica realistica dei rischi, azienda per azienda, partendo da una mappatura di quelli effettivi.

L'introduzione di misure e tecnologie di prevenzione del rischio, oltre a creare progressivamente le condizioni per la limitazione dei rischi da pratica medica ed assistenziale e la maggiore sicurezza delle cure, potrebbe essere utilizzata efficacemente per puntare ad una riduzione sensibile degli oneri assicurativi per le Aziende sanitarie che abbiano introdotto adeguate misure di prevenzione. **Queste stesse misure potrebbero divenire, per altro, indispensabili per l'accreditamento delle strutture per il Ssn, come si sta già ipotizzando e realizzando progressivamente nelle Regioni che hanno messo in cantiere i provvedimenti più significativi su questo terreno.**

10.2. La sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico

L'ennesima tragedia sul lavoro avvenuta lo scorso 24 giugno presso il cantiere di costruzione della nuova autostrada Catania-Siracusa, sollecita il Governo e tutte le Istituzioni competenti alla massima vigilanza affinché sia finalmente interrotta questa catena di morti evitabili che offende la dignità e l'anima dell'intero Paese. Non posso che associarmi al forte richiamo del Presidente Napolitano laddove sottolinea "la necessità di una più costante e forte vigilanza per il rispetto delle norme e delle condizioni di lavoro".

E in questa direzione va l'impegno per l'elaborazione di un testo unico della normativa nel campo dell'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, sulla base dell'indagine svolta dal Senato sugli infortuni e malattie professionali, di "Carta 2000" e degli indirizzi dell'Unione europea. Nel contempo si intende procedere alla promozione del piano pluriennale di prevenzione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e si dovranno determinare le condizioni per una più proficua e serrata collaborazione tra Ispesl, Inail e Regioni.

Intendiamo inoltre avviare la revisione della **normativa sulla sicurezza dei prodotti e per la realizzazione di una normativa ad hoc per gli ambienti di vita** che faccia tesoro dell'esperienza fatta con la "626" negli ambienti di lavoro.

Appare utile anche avviare una **politica di incentivi per l'utilizzo di dispositivi di sicurezza** (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua) sopralluoghi nelle abitazioni, accompagnandola da appositi interventi formativi.

Desidero, altresì, introdurre nell'ambito del tema trattato, il problema degli infortuni

domestici, per la peculiarità che esso riveste, sovente sottaciuta.

In Europa, nell'arco temporale 1998/2000, si sono riscontrate quasi 20 milioni di persone vittime di incidenti domestici (7% della popolazione residente) con oltre 5 milioni di ricoverati (0,4% della popolazione residente) e 56 mila decessi.

In Italia si è registrato un incremento degli infortuni domestici del 64 % nel periodo 1988/2003. A maggior rischio bambini (per quelli di età compresa fra 0 e 4 anni gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte!) e anziani, le casalinghe, particolarmente esposte (molti infortuni sono ascrivibili a scarsa informazione su uso di detersivi e farmaci).

Occorre infine valutare alcune azioni mirate per la popolazione anziana per la modificazione dell'ambiente domestico e promuovere l'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio.

10.3. La sicurezza ambientale

Occorre prioritariamente fare i conti con il recente passato che ci ha consegnato una condizione di generale peggioramento delle condizioni ambientali. Si rende pertanto necessario anche in questo settore imprimere una politica volta al cambiamento.

Il testo unico con il quale ricapitolare il complesso della normativa, dovrà comprendere **una nuova normativa sull'amianto** ed il Governo dovrà adoperarsi affinché tutto il materiale contenente la fibra presente sul nostro territorio venga effettivamente eliminato ed i siti bonificati.

Identico impegno dovrà assumersi per **eliminare tutte le sostanze tossico/cancerogene e mutagene impiegate oggi nella produzione** come anche per dare immediata applicazione al REACH, la cui definitiva approvazione da parte del Parlamento europeo, dovrà essere sostenuta con forza e determinazione dai rappresentanti del Governo italiano per impedire modifiche peggiorative del testo già elaborato.

Contemporaneamente dovranno essere assunte idonee iniziative di sostegno per aiutare le strutture produttive ad adeguare i propri cicli lavorativi alle nuove disposizioni in materia.

Una iniziativa politica altrettanto forte dovrà essere condotta in tema di bonifica e controllo delle discariche disseminate nel Paese nelle quali è accumulato materiale di cui si ignora spesso provenienza e costituzione e che pertanto continua a rappresentare un pericolo per gli abitanti delle zone circostanti.

Una particolare attenzione dovrà essere riposta nel rafforzamento dei dipartimenti delle ASL i cui compiti istituzionali fondamentali sono prevenzione e vigilanza e nell'azione di coordinamento dei diversi Enti tecnico- scientifici preposti al controllo monitoraggio delle condizioni ambientali.

10.4. La sicurezza alimentare

Il Regolamento comunitario n 853/2004CE prevede che per realizzare un approccio uniforme e globale in materia di controlli ufficiali, gli Stati membri stabiliscano ed applichino piani di controllo nazionali pluriennali conformemente a orientamenti elaborati a livello comunitario.

Questi orientamenti devono promuovere strategie nazionali coerenti, identificare le priorità in base ai rischi nonché le procedure di controllo più efficaci.

Ciò che richiede la legislazione comunitaria, al di là di competenze e delle attività che possono essere svolte dalle diverse Autorità centrali, regionali o locali, un approccio completo ed integrato ai sistemi di controllo.

Il Piano di controllo pluriennale deve coprire la normativa in materia di alimenti, mangimi, salute e benessere degli animali.

Il Piano di controllo pluriennale, che dovrà essere predisposto entro il 31 dicembre di questo anno per essere attuato a partire dal 1° gennaio 2007, dovrà fornire informazioni esaustive sulla struttura e sull'organizzazione di tutte le Autorità a vario

titolo coinvolte nel sistema dei controlli ufficiali, definendone i ruoli, le responsabilità, le competenze, le relazioni gerarchiche e funzionali, i sistemi di controllo, nonché sulle risorse umane e finanziarie impiegate.

Il Ministero della Salute, pertanto, ha già richiesto la collaborazione degli altri dicasteri che operano nel settore controlli sugli alimenti, mangimi; con i servizi sanitari delle regioni e province autonome è stato attivato un tavolo di approfondimento ai fini della predisposizione del Piano pluriennale.

È intenzione del Ministero della Salute, predisporre pertanto il Piano pluriennale dei controlli, per il triennio 2007-2009, da presentare in Conferenza Stato-Regioni ai fini della sua condivisione ed applicazione a livello territoriale, comprendendo anche i controlli sui prodotti importati.

Si sottolinea l'importanza della predisposizione, ma soprattutto della attuazione del Piano stesso, poiché la Commissione ed anche i Paesi terzi verso cui esportiamo i nostri prodotti, giudicheranno il nostro paese, sulla base non solo di quello che è stato programmato ma su quello che realmente è stato fatto.

11. Le “dieci” azioni già avviate e di prossimo avvio

11.1. La salute delle donne, la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato

Obiettivo principale è la **ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, comprendendo il Progetto Obiettivo Materno Infantile** e uno strumento legislativo che verrà approvato dal Consiglio dei Ministri, mi auguro rapidamente e possibilmente entro la metà di luglio, con gli opportuni contributi del Parlamento. Tale strumento si propone di tutelare la gestante e il neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

La legge ed il progetto obiettivo materno infantile si propongono di ridurre il ricorso al parto cesareo e di limitare una eccessiva medicalizzazione del parto ed un eccessivo ricorso alle prestazioni diagnostiche che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici.

Nel promuovere l'equità di accesso ai servizi **particolare attenzione dovrà essere posta al divario Nord-Sud ed alle condizioni di vita delle donne immigrate.**

Le regioni del Sud presentano infatti un gap negativo per quanto riguarda il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, al tasso di mortalità neonatale ed infantile, al sottopeso alla nascita, al ricorso all'allattamento al seno. Tra le donne immigrate inoltre si riscontra un maggior tasso di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pre-termine e ancora di bambini a sottopeso alla nascita.

Le donne straniere incontrano anche una maggiore difficoltà di accesso ai circuiti di informazione ed ai servizi sociosanitari.

La tutela della salute della donna ci induce ad aggredire alcune patologie che colpiscono le donne, vedi osteoporosi e tumore al seno, con azioni rivolte soprattutto al mezzogiorno dove il ricorso allo screening ed alle diagnosi precoci resta ancora insufficiente.

Intendiamo inoltre rivolgere attenzione particolare ad alcune specificità, come quelle vissute dalla **donna immigrata, dalla donna con dipendenze derivante da patologia fisica e/o psichica, dalla donna che subisce violenza, dalla donna affetta da disturbi mentali** (in particolare la donna colpita dalla depressione post partum). All'esame, infine, l'avvio di un progetto sulla salute della donna da avviare in età scolare, in collaborazione tra i Ministeri competenti e che preveda il coinvolgimento degli studenti e delle loro famiglie.

11.2. La promozione e lo sviluppo delle terapie del dolore.

Consentire a ciascuna persona di vivere ogni stadio della vita con piena dignità e

consapevolezza di sé, combattendo il dolore non necessario e avendo accanto le persone care, è un dovere fondamentale della comunità. Per questo vogliamo, d'intesa con le Regioni:

- **promuovere e sviluppare le terapie del dolore** secondo linee molto concrete: sburocratizzare e semplificare ulteriormente la prescrizione dei farmaci oppiacei attraverso la eliminazione del ricettario speciale;
- **promuovere l'applicazione delle linee guida di "Ospedale senza dolore"** a cominciare dalla misurazione del dolore come parametro vitale;
- **rendere obbligatoria l'informazione degli operatori**, a partire dai medici di famiglia, attraverso il sistema dei crediti ECM;
- **aumentare l'informazione nei confronti dei cittadini** per far comprendere a tutti che il sollievo non è solo desiderabile ma anche possibile.

11.3. La presa in carico della salute mentale.

Sarà questa una grande priorità di lavoro dei prossimi mesi attraverso la predisposizione di un **nuovo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale e lo svolgimento nel 2007 di una Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale**. Vogliamo coinvolgere istituzioni, enti locali, famiglie, volontariato, operatori sanitari e sociali in un progetto che consente di contrastare il fenomeno mediante obiettivi di prevenzione cura e riabilitazione.

Si tratta in particolare di:

- individuare in modo precoce i fattori di rischio;
- ridurre la transizione a forme più gravi di malattia;
- promuovere programmi mirati di prevenzione e diagnosi precoce sulle patologie meno gravi quali la depressione, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione, patologie che se individuate e ben trattate possono essere affrontate in modo più efficace e risolutivo;
- rivolgere maggiore attenzione e sviluppare idonee politiche di prevenzione e intervento per l'infanzia, l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti e gli alcolisti.

Aspetto cruciale del progetto salute mentale sarà poi la lotta allo "stigma", ovvero a quella forma di discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti della malattia mentale. E questo, attraverso il coinvolgimento delle Università per una attività costante di ricerca e formazione, la riorganizzazione dei servizi territoriali perché diventino davvero in grado di prendere in carico la persona, di inserirla e seguirla nella comunità attraverso il suo coinvolgimento attivo ed il sostegno alla propria famiglia, fermamente applicando e non cambiando la legge n.180 del 1978.

11.4. Le malattie rare

Nell'ambito delle attività di ricerca e di ampliamento delle possibilità assistenziali è in atto un attento esame delle attuali politiche nei confronti delle malattie rare.

In particolare si prevede:

- la realizzazione di un **programma nazionale triennale sulle malattie rare**;
- **l'istituzione di un fondo nazionale per le malattie rare**, per la ricerca, lo sviluppo e l'accesso dei pazienti ai medicinali orfani;
- l'istituzione di un **Comitato Nazionale per le malattie rare**, presso il Ministero della Salute (rappresentanti delle Regioni, dei seguenti Ministeri: Salute, Pubblica Istruzione, Università e Ricerca, Politiche per la Famiglia, Solidarietà Sociale e dell'ISS e delle associazioni di tutela dei malati) con compiti consuntivi e propositivi sulla gestione del fondo;
- **la defiscalizzazione della ricerca su farmaci "orfani"**;
- **la disponibilità e gratuità di farmaci (classe C)**, di alimenti, di dispositivi medici e di altre sostanze attive utili per la cura sintomatica e di supporto esclusivamente dei soggetti portatori di malattie rare.

11.5. L'impegno per le disabilità

Non solo la salute mentale ma anche le disabilità saranno il cuore della nostra attività. Con le associazioni interessate vogliamo riprendere un cammino che con il Ministero della Solidarietà Sociale, del Lavoro, della Famiglia e delle Pari Opportunità ci consenta di realizzare obiettivi di promozione e di pieno inserimento delle persone "diversamente abili". La rete dei servizi, la ricerca per la prevenzione, l'attenzione alla disabilità psichica grave saranno direttive cui intendo dare molta attenzione.

11.6. Le prime azioni per il Mezzogiorno

L'attenzione prioritaria al Mezzogiorno per superare alcune disuguaglianze oggi esistenti nelle condizioni di salute e ritardi nella organizzazione dei servizi.

Nell'ambito di una politica nazionale e regionale che punti a garantire l'unitarietà del sistema, attraverso progetti e risorse mirate **vogliamo diffondere le pratiche di prevenzione del tumore femminile** e, sempre in campo oncologico, **verificare la dotazione di strutture per la radioterapia**, promuovere e valorizzare risorse e centri di eccellenza in loco per contenere la mobilità; sostenere progetti di integrazione socio sanitaria e di medicina del territorio.

11.7. La presa in carico delle persone tossicodipendenti

Il Ministero della Salute, come previsto dal programma dell'Unione, concorrerà con molta convinzione al lavoro in atto presso il Ministero della Solidarietà Sociale per la predisposizione di un nuovo provvedimento in materia di lotta alla droga e di tutela e assistenza del tossicodipendente.

Ma l'iniziativa non si fermerà alle indispensabili modifiche legislative da apportare alla legge "Fini-Giovanardi".

Con le Regioni, la Pubblica Istruzione e il Ministero delle Politiche Giovanili vogliamo infatti mettere a punto **un programma di "prevenzione primaria" e di "prevenzione secondaria precoce"**, ancora poco diffusa nel nostro Paese, i cui destinatari sono i giovani che presentano iniziali comportamenti di consumo di sostanze stupefacenti (di tipo eccezionale, situazionale o ricreativo), oltre che la verifica dello stato della rete dei servizi territoriali e delle opportunità del reinserimento sociale.

Per questo intendo anche istituire **una Consulta sulle tossicodipendenze** con gli operatori del pubblico e del privato, le associazioni familiari e dei consultori per promuovere insieme gli interventi e le politiche necessarie.

Per quanto riguarda invece l'attuale legge del Governo Berlusconi, fermo restando che è indispensabile un nuovo intervento per modificarne radicalmente alcune previsioni e in particolare quelle che equiparano, ai fini delle conseguenze sanzionatorie, il possesso e l'uso di cannabis al possesso e all'uso di droghe "pesanti", ritengo che alcuni interventi correttivi possano essere operati subito sul piano amministrativo, anche prima della modifica della legge.

E' infatti mia intenzione elevare, con atto amministrativo, il quantitativo massimo di cannabis detenibile senza incorrere nella presunzione di spaccio e quindi a provvedimenti punitivi fino all'arresto e al carcere. Inoltre, sempre con atto amministrativo, vorrei **rendere più agevole la prescrizione di medicinali a base di "Dronabinol"** (principio attivo analogo a quello della cannabis), ancora non in commercio in Italia, ma da tempo utilizzati in altri Paesi, anche europei, per alleviare le sofferenze di malati affetti da HIV, sclerosi multipla, tumore e altre gravi patologie.

11.8. La promozione del progetto "Un sorriso in salute"

L'odontoiatria è uno dei fattori fondamentali di benessere della persona e uno dei problemi più sentiti dai cittadini del nostro paese.

Il nostro progetto con le Regioni e con le professioni interessate, intende:

- **ampliare i livelli essenziali di assistenza** per quanto concerne i bambini e le persone anziane;
- offrire alcune prestazioni anche attraverso un **accordo con le Professioni e i**

presidi pubblici;

- valutare la costituzione di un **Fondo per le cure odontoiatriche.**

11.9. L'attenzione alle persone anziane

Attraverso la costituzione di un Tavolo di lavoro permanente con i sindacati e le più importanti associazioni per affrontare alcuni problemi emergenti:

- il caldo estivo;
- le liste di attesa;
- la promozione della continuità assistenziale;
- **il testo di legge per la non autosufficienza.**

11.10. La rivoluzione tecnologica-comunicativa

La sanità avverte da tempo il bisogno di una profonda innovazione tecnologica e non soltanto in ambito clinico e diagnostico. **La vera sfida è quella di portare avanti un'autentica rivoluzione tecnologica-comunicativa, basata sulla diffusione di tecnologie informatiche** al fine di snellire, semplificare, rendere trasparenti e facilmente accessibili a tutti, i servizi e le prestazioni sanitarie, evitando sprechi di tempo, denaro ed anche vere e proprie "vie crucis" per il cittadino.

In gran parte del sistema sanitario, infatti, sono ancora i pazienti a spostarsi da una struttura all'altra per fare una prenotazione, per portare i referti dall'ospedale al medico di famiglia e viceversa. La prospettiva di questo lavoro è anche quella dell'incremento della deospedalizzazione e dello stesso utilizzo improprio e prolungato delle strutture residenziali per le persone non autosufficienti, grazie al potenziamento dei servizi di home care nel quadro della continuità assistenziale globale.

12. Conclusioni

Vorrei concludere con un riferimento al ruolo del Ministero.

Tale ruolo va ridefinito al fine di rendere questo Dicastero pienamente in grado di svolgere quei compiti di governo del sistema che la Costituzione prevede e che le stesse Regioni sollecitano con forza.

Un ruolo di indirizzo, accompagnamento, condivisione dei programmi e delle strategie di intervento, ma soprattutto di monitoraggio e valutazione dei risultati.

La cultura e la politica della valutazione è infatti l'innovazione significativa che dobbiamo introdurre nel nostro sistema sanitario. Per essere dalla parte dei cittadini e del loro effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute.

Per questo intendo valorizzare le preziose professionalità e competenze interne al Ministero, utilizzare gli strumenti esistenti, superare la pleora di commissioni superflue e definire pochi e necessari strumenti di valutazione e monitoraggio della spesa e degli obiettivi di salute, quali la Commissione per la definizione dei Lea e il Comitato per la valutazione ed il monitoraggio.

Cruciale è inoltre la promozione di una nuova cultura del management sanitario. E a tal fine, nel 2007, avvieremo, sotto l'egida di un magistrato che ne sorvegli la corretta realizzazione amministrativa e finanziaria, una "Scuola di formazione in sanità pubblica", utilizzando strutture e risorse già a disposizione del Ministero della Salute.

Non è facile sintetizzare tutto quello che sta accadendo nel mondo della sanità fuori di noi e dentro di noi. Ma se mettiamo insieme le analisi, gli studi, le valutazioni anche internazionali, le nostre esperienze, i problemi comuni e peculiari, abbiamo la sensazione di trovarci in una posizione complessa e difficile, tra ciò che non c'è più e ciò che non è ancora.

Cioè tra modelli di welfare che si sono sviluppati e confermati negli anni con un grande sforzo di razionalizzazione, ma che ormai tradiscono contraddizioni, limiti e modelli di

welfare da definire, da esplorare, alla ricerca di nuove e più efficaci condizioni di sostenibilità.

Essere in una transizione è difficile ma è anche l'unico modo per impegnarci in una prospettiva nuova che il New Deal della Salute vuole rappresentare.