

*“Quello che vogliamo
è un servizio sanitario nazionale
sempre più amico, responsabile,
accogliente, trasparente,
capace di prendere in carico la
persona e interamente proiettato
alla promozione e alla tutela
della salute in qualità e sicurezza.
Un servizio sanitario nazionale
“per” e “dalla parte” dei cittadini.”*

Livia Turco

Per un New Deal della Salute

Venti mesi al servizio
dei cittadini per una sanità
sempre più efficiente,
accogliente e di qualità



Per un New Deal della Salute

Venti mesi al servizio
dei cittadini per una sanità
sempre più efficiente,
accogliente e di qualità



Care cittadine e cari cittadini,

si è conclusa questa esperienza di Governo che mi ha visto alla guida del Ministero della Salute per poco più di un anno e mezzo. È stato un periodo molto breve se rapportato alle tante cose che ci eravamo proposti di fare e che avevo indicato nel mio programma di lavoro presentato alle Camere al momento del mio insediamento.

Pur se troncata prima del naturale compimento della legislatura, è stata certamente una esperienza importante dalla quale sono scaturite nuove opportunità e nuovi assetti nel governo del sistema sanitario, anche grazie all'avvio di una inedita stagione di collaborazione istituzionale tra Governo e Regioni, fondata sul Patto per la salute dell'ottobre 2006.

Era questo l'obiettivo primario del mio programma per la sanità illustrato alle Camere all'indomani dell'insediamento del Governo Prodi. Costruire le basi per un vero e proprio "New Deal per la salute", in grado di raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema finalizzandone l'operato verso un unico grande obiettivo: ridefinire modi e forme del sistema perché esso fosse finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini.

Quel Patto oggi è una realtà e ci ha consentito di traghettare il Ser-

vizio sanitario nazionale su sponde certamente più salde e sicure di quelle in cui versava dopo i cinque anni di Governo del centro destra.

Oggi la sanità ha un suo governo stabile basato su una forte cooperazione istituzionale. E questo è frutto di una scelta precisa che il Governo ha voluto fare fin dall'inizio. Rispettoso delle autonomie e delle reciproche prerogative ma teso in uno sforzo unitario e costante per il miglioramento del sistema.

Viviamo una stagione della politica e della stessa vita sociale nella quale, troppo spesso, le parole sembrano non riuscire a mantenere un proprio valore.

In controtendenza voglio credere che le parole abbiano ancora un senso proprio.

Forte, identitario. In questo caso con il termine "Patto per la Salute" si è voluto prima di tutto lasciar intendere, fin dal titolo, che si stava aprendo una stagione nuova nei rapporti tra Governo nazionale e Governi regionali. La stagione della condivisione, della concertazione decisionale e operativa.

Dopo anni di conflittualità istituzionale, con ripercussioni pesantissime sulla gestione ordinaria e straordinaria della sanità, Governo e Regioni hanno infatti deciso di voltare pagina assumendosi l'impegno e la responsabilità di "governare insieme" il sistema.

Affrontando giorno per giorno i singoli problemi sul tappeto, verificando le possibilità, i tempi, le risorse e le capacità reali di incidere sulle disfunzioni e sulle disuguaglianze ancora diffuse nel Paese per quanto concerne il diritto alla salute.

L'OBIETTIVO DELL'UNITARIETÀ DEL SISTEMA SANITARIO

Il Patto che abbiamo firmato, e che ha trovato attuazione nelle leggi finanziarie 2007 e 2008, ha le caratteristiche di una vera e propria "carta" di indirizzi e intenti mirante in primo luogo all'unitarietà del sistema.

Unitarietà intesa nei suoi molteplici aspetti. Nel diritto alle cure e alla loro sicurezza e qualità, ma anche nel diritto all'efficienza e a una sana gestione dei conti e delle risorse. E non è un caso che dopo un quinquennio di crescita incontrollata della spesa, che dal 2001 al 2006 viaggiava con aumento di oltre il 6% l'anno, nel 2007 abbiamo fermato questa crescita allo 0,8% e questo pur in presenza di un aumento di ben 6 miliardi di euro il Fondo sanitario nazionale. E lo abbiamo fatto amministrando bene la sanità,

senza sprechi e coniugando l'efficienza con la qualità delle prestazioni. Perché non c'è diritto alla salute, non c'è qualità delle cure senza una corretta, trasparente e onesta gestione amministrativa che sappia coniugare responsabilità, rigore e appropriatezza in nome e per conto del cittadino. Questa è la filosofia sulla quale sono imperniati i Piani di rientro dal deficit sanitario che abbiamo sottoscritto con le Regioni con forti disavanzi storici proprio al fine di coniugare l'indispensabile recupero del pareggio di bilancio con una vera e propria ristrutturazione della sanità regionale, attaccando alle fondamenta le disfunzioni e le anomalie organizzative e gestionali che minavano la stesa tenuta dei servizi sanitari regionali.

È quanto abbiamo fatto con il Lazio, la Campania, La Sicilia, l'Abruzzo, il Molise e la Liguria. Oggi in queste regioni è in atto una svolta. E si può effettivamente parlare di New Deal della sanità con obiettivi e programmi precisi per rilanciare il sistema e migliorare l'assistenza ai cittadini.

Anche questi risultati sono frutto del Patto per la Salute. Condividendo, ed è la prima volta che accade, il fabbisogno finanziario necessario per una buona gestione dei Livelli essenziali di assistenza ma anche aumentando le risorse per gli investimenti, indicando obiettivi prioritari di intervento per il Mezzogiorno, la medicina territoriale, la prevenzione e la ricerca.

È stata questa la nostra risposta alle politiche di sostanziale defianziamento che hanno segnato tutti i cinque anni del governo di centro destra nel settore sanitario.

L'affermazione dell'efficienza, dell'equità, della qualità e dell'appropriatezza, che costituisce l' "anima" del Patto per la Salute, rappresentano anche un modo innovativo di fare quelle riforme che sentiamo di dover realizzare per il nostro Paese.

Con questo Patto, la sanità italiana ha dimostrato di sapersi riformare. Dal suo interno. Lo considero un grande risultato. Del quale sono grata prima di tutto alle Regioni.

LA SANITÀ VOLANO DI SVILUPPO

Ma in questi mesi abbiamo constatato che la sanità può essere anche protagonista di un'altra grande esperienza riformista. Quella di trasformare un settore abitualmente inteso come mera componente della spesa pubblica in un volano di sviluppo tecnologico ed economico per il "sistema paese".

La sanità italiana rappresenta infatti uno dei più importanti comparti di attività del settore pubblico. 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 e farmaceutica, nelle tecnologie e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative. Penso di non sbagliare nel definire il comparto sanità come una vera e propria “grande impresa sociale” che crea ricchezza, innovazione, benessere e stimola investimenti, occupazione e coesione sociale.

Un primo risultato in questa direzione è già stato conseguito attraverso il via ad un nuovo piano straordinario di opere pubbliche in sanità, per un totale di 6 miliardi di euro stanziati dalle due finanziarie del Governo Prodi per l’ammodernamento tecnologico e strutturale di ospedali e servizi sanitari, ai quali vanno aggiunti ulteriori 3 miliardi di euro frutto del primo protocollo d’intesa tra Salute e Sviluppo Economico e i Presidenti delle 8 Regioni meridionali e insulari, per destinare una quota parte dei fondi strutturali europei, allo sviluppo della sanità nel Mezzogiorno.

Da questi investimenti nascerà una nuova sanità. Con ospedali moderni e funzionali, nuovi servizi territoriali a misura di cittadino, nuove tecnologie in grado di offrire prestazioni più accurate e nuove opportunità assistenziali in settori troppe volte trascurati come quelli destinati alla salute della donna e del bambino o quelli finalizzati all’assistenza nelle fasi terminali della vita.

Non abbiamo costruito il Ponte di Messina perché abbiamo pensato che il Paese avesse più bisogno di ospedali accoglienti e di servizi sanitari vicino al cittadino, superando anche le disuguaglianze inaccettabili tra Centro-Nord e Meridione e colmando il ritardo di anni nella modernizzazione della rete sanitaria nazionale.

Come vedete sono fatti. Fatti molto concreti che i cittadini potranno toccare con mano nel giro di un paio d’anni scoprendo nuovi servizi sanitari e nuove opportunità di cura che gli erano stati negati per cinque anni a seguito del blocco totale degli investimenti in sanità deciso dal Governo Berlusconi che aveva indicato, per altro senza attuarle, altre priorità per il Paese.

LA CONDIVISIONE DELLE SCELTE

Ma la sanità può essere anche un modello di riferimento per le altre grandi politiche riformatrici in campo economico e sociale di cui il nostro Paese ha bisogno. Dico questo pensando anche al la-

voro fatto in questi mesi nei quali ho potuto apprezzare le tante e preziose competenze del Ministero stesso, delle Regioni e delle altre Istituzioni di governo locale. E anche dai medici, dalle professioni sanitarie, dagli imprenditori, dai sindacati, dal mondo del volontariato e dalle organizzazioni di tutela e dei consumatori, dalle comunità religiose, dai singoli cittadini.

Queste opportunità sono state raccolte. E lo abbiamo fatto inaugurando anche in questo caso un nuovo metodo di lavoro. Fondato sulla pratica dell'ascolto, della condivisione, della responsabilità collegiale, della trasparenza e della chiarezza dei lavori che ispirano la nostra attività quotidiana.

Abbiamo infatti chiamato a collaborare con noi quella che vorrei definire "la società delle competenze" fatta di professionisti della salute, tecnici di diversa esperienza, rappresentanti di sindacati, ordini e associazioni professionali, dei cittadini e di tutti quei soggetti rappresentanti del vissuto della malattia e della sofferenza. E mi riferisco a quelle preziose esperienze che sono le nostre organizzazioni di tutela, dei malati e del volontariato. Tante, sempre più presenti sul territorio, e il cui contributo per la definizione di progetti e iniziative nel segno della concretezza e della capacità di rispondere veramente ai bisogni emergenti nella nostra società, è preziosissimo.

In questa logica sono state istituite le nuove Commissioni, le Consulte e i Tavoli di lavoro ministeriali, per la dignità del fine vita, per l'oncologia, per le disabilità, per la sclerosi laterale amiotrofica, per la salute mentale, per le cure primarie e l'integrazione socio sanitaria, per la salute della donna, per la salute della popolazione migrante, per le tossicodipendenze, per la ricerca sanitaria, per le malattie rare.

Queste esperienze hanno portato alla definizione di progetti e programmi comuni nei più svariati campi di intervento che lasciamo in eredità agli operatori e agli altri attori del sistema salute:

- dalle politiche per le fragilità a quelle per la promozione di stili di vita salutari;
- dalla necessità di un nuovo rapporto tra ospedale e territorio a quella di una profonda rivalutazione del lavoro medico e sanitario;
- dall'urgenza di affrontare tematiche complesse come quelle legate alla dignità del fine vita, alla necessità di rilanciare le politi-

che della salute mentale;

- dalla presa in carico della terza età e della non autosufficienza al grande obiettivo di un piano per la salute materno infantile per riportare la donna e la famiglia al centro delle politiche sanitarie.

Lo stesso vale per i numerosi tavoli di confronto per la definizione di nuove politiche sanitarie:

- nel settore dei farmaci e delle tecnologie, per promuovere la qualità e l'innovazione dei prodotti, lo sviluppo del settore e l'efficienza della spesa pubblica che ha portato ad una completa ridefinizione della politica del farmaco nell'ambito della manovra finanziaria del 2008 basata sull'appropriatezza dei livelli di assistenza farmaceutica e sul rilancio della ricerca nel settore;
- nel campo delle professioni sanitarie, per incentivare la responsabilità e la partecipazione dei professionisti alle scelte di politica sanitaria finalizzata all'affermazione del governo clinico nelle aziende sanitarie;
- per una nuova politica della ricerca sanitaria: basata sull'incremento dei fondi, sulla finalizzazione delle risorse, sulla trasparenza nella valutazione dei progetti e nell'attribuzione delle risorse, sulla promozione di reti associative tra gli Irccs, sulla trasparenza della nomina dei direttori scientifici (non più scelti dal Ministro ma selezionati da un avviso pubblico e da una commissione di personalità indipendenti);
- per un nuovo programma per la formazione continua di medici e operatori sanitari a conclusione della prima fase sperimentale dell'Ecm;
- per una riforma complessiva del sistema di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro che ha prodotto una nuova legge sulla materia e un Patto per la salute nei luoghi di lavoro con le Regioni per fare più prevenzione e più verifiche sul territorio.

Insomma un approccio nuovo, incentrato sul confronto e l'assunzione di responsabilità dei diversi attori del sistema salute, che ha

prodotto molti risultati concreti in diversi campi di intervento e che troverete riassunti alla fine di questo volumetto.

IL NUOVO OBIETTIVO: LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL SSN

Voglio ora chiudere questo bilancio riassuntivo dei venti mesi di Governo Prodi nel settore della salute soffermandomi sul disegno di legge per la qualità e la sicurezza del Ssn che è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre 2007.

Non so se sarà o meno ripreso da chi mi sostituirà alla guida del Ministero della Salute, è certo però che in esso hanno trovato spazio molte delle emergenze venute alla ribalta in questi mesi.

Questo disegno di legge nasce infatti dall'esigenza di migliorare la qualità e la sicurezza delle molteplici prestazioni erogate dalla sanità pubblica italiana e lo fa intervenendo in diversi ambiti del Ssn. A partire dall'aggiornamento dei suoi grandi principi ispiratori, confermando l'unitarietà, l'universalità e l'equità del sistema, ma alla luce dei cambiamenti del quadro costituzionale (che hanno visto un ruolo sempre più rilevante delle Regioni) e della necessità di garantire appieno i nuovi bisogni di salute della popolazione.

Per questo vengono ridefiniti i principali strumenti di governo del sistema a partire dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale degli interventi, fino alla determinazione di un vero e proprio "sistema nazionale di valutazione" delle cure per monitorare costantemente i risultati di salute in rapporto agli obiettivi fissati dai piani nazionali e locali.

Si attua poi il definitivo riordino della medicina territoriale per determinare un nuovo assetto delle cure e dell'assistenza extraospedaliera, basato sulla continuità dell'assistenza per tutto l'arco della settimana e soprattutto indirizzando gli interventi verso i nuovi bisogni legati all'invecchiamento e alla crescita delle malattie croniche che richiedono risposte sempre più mirate sull'esigenza della persona, nel rispetto della dignità e della qualità della vita in tutte le sue fasi, compresa quella terminale.

Nasce così il secondo pilastro del Ssn, per una medicina realmente vicina al cittadino ed in grado, nel contempo, di riqualificare l'attività della rete ospedaliera.

In questo senso abbiamo anche riannodato le fila del processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari, in sintonia con l'altro ddl sulla non autosufficienza, per arrivare ad un vero e proprio "spor-

tello unico assistenziale” dove il cittadino possa trovare tutte le risposte e le soluzioni indipendentemente dal soggetto erogatore (Asl, Comuni, ecc.).

Ma perché qualità e sicurezza? Perché oggi dopo l’aziendalizzazione del sistema, la determinazione del diritto alla salute con la fissazione di livelli essenziali di assistenza omogenei su tutto il territorio, dobbiamo rispondere alla forte domanda di qualità e sicurezza che ci proviene giustamente dal cittadino.

Qualità e sicurezza nelle cure, ma anche nei processi gestionali e organizzativi. Perché qualità e sicurezza sono anche trasparenza nelle nomine e nelle scelte di manager e primari e si ottengono anche coinvolgendo nella gestione e nelle decisioni gli operatori sanitari che si affiancheranno al direttore generale, attuando finalmente il tanto atteso “governo clinico” nelle Asl e negli ospedali. Ma qualità e sicurezza è anche avere i dirigenti con responsabilità gestionali completamente dedicati all’azienda sanitaria pubblica per la quale lavorano e quindi con rapporto esclusivo per tutta la durata del loro incarico.

E, ovviamente, qualità e sicurezza è dotare le Asl e gli ospedali degli strumenti giusti per gestire il rischio clinico per evitare errori e disorganizzazione che causano disservizi e malasanità.

Insomma quello che abbiamo provato a disegnare con questo ddl è un servizio sanitario nazionale sempre più amico, responsabile, accogliente, trasparente, capace di prendere in carico e interamente proiettato alla promozione e alla tutela della salute in qualità e sicurezza. Un servizio sanitario nazionale “per” e “dalla parte” dei cittadini.

Livia Turco

**Seicento giorni
al Ministero della Salute**
il resoconto
delle cose fatte

Seicento giorni al Ministero della Salute: il resoconto delle cose fatte

1. IL PATTO CON LE REGIONI PER IL GOVERNO DEL SSN

- Il Patto per la salute con le Regioni, siglato il 22 settembre 2006, ha posto le basi per una nuova governance del sistema sanitario, stabilendo obiettivi e ambiti di intervento precisi e soprattutto sancendo una gestione condivisa delle politiche di promozione della salute. Con il Patto abbiamo finalmente posto sotto controllo la spesa sanitaria e dato certezza di risorse per il SSN al fine di sostenere ed elevare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni con uguale efficacia su tutto il territorio nazionale.

2. LA LOTTA AL DEFICIT PER UNA SANITÀ EFFICIENTE E DI QUALITÀ

- Abbiamo raggiunto l'accordo tra Governo e Regioni per i piani di rientro del deficit sanitario. Nel rispetto delle reciproche autonomie e responsabilità si sono individuate modalità innovative di gestione delle crisi economiche, finanziarie e strutturali nei comparti sanitari per riportare i bilanci in pareggio entro il 2010. I Piani riguardano le regioni Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia e Sardegna.

3. RIPARTE IL “CANTIERE DEL SSN”: NUOVI OSPEDALI, PIÙ TECNOLOGIE E L'IDEA DELLE CASE DELLA SALUTE

- Abbiamo stanziato 6 miliardi di euro in due anni per un nuovo piano straordinario di opere pubbliche in sanità con i quali realizzare nuovi ospedali, acquistare nuove tecnologie e sviluppare la medicina territoriale, con nuovi servizi e opportunità di assistenza più vicini ai cittadini.
- Ma abbiamo anche “riaperto” i cantieri rimasti fermi negli ultimi anni, riavviando i lavori già finanziati stipulando nuovi appositi Accordi di Programma con le Regioni Lombardia, Puglia, Veneto, Emilia Romagna, Calabria, Abruzzo, Piemonte e Valle d’Aosta.
- Per lo sviluppo della sanità nel mezzogiorno, insieme al Ministero dello Sviluppo economico, abbiamo sottoscritto un Protocollo di Intesa (17 aprile 2007) per destinare 3 miliardi di euro dei fondi europei previsti dal Quadro strategico nazionale 2007-2013.
- Con l’istituzione della Commissione nazionale per le Cure primarie e l’integrazione sociosanitaria stiamo definendo norme e procedure atte a garantire un’offerta adeguata di assistenza sul territorio il più vicino possibile al domicilio e in grado di rispondere ai nuovi bisogni di assistenza sette giorni su sette per 12 ore al giorno. “La Prima Conferenza sulle cure primarie, svoltasi a Bologna il 25-26 febbraio 2008, ha rappresentato, a tal proposito, un momento di confronto tra i principali protagonisti della assistenza territoriale, offrendo un quadro delle esperienze e dei modelli sperimentati nelle diverse Regioni e della evoluzione dei sistemi di assistenza primaria nei Paesi europei più avanzati. La Conferenza si è conclusa con un documento che individua le priorità di indirizzo per lo sviluppo della assistenza territoriale, in particolare per ciò che riguarda la medicina di famiglia, la continuità della assistenza, le tecnologie necessarie per dotarlo di infrastrutture adeguate, l’integrazione socio-sanitaria.”

4. I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Così come previsto dal Patto per la salute siglato con le Regioni abbiamo completato la revisione dei Livelli essenziali di assistenza, vale a dire l’elenco dei servizi, delle attività e delle prestazioni garantite ai cittadini dal Servizio sanitario nazionale in condizioni di uniformità su tutto il territorio.

Il nuovo provvedimento sui livelli essenziali di assistenza è importante per più motivi:

- il provvedimento introduce novità in numerosi settori dell'assistenza sanitaria: descrive in maniera puntuale le attività dei Dipartimenti di prevenzione fino ad oggi indicate solo in termini generici, aggiorna gli elenchi delle prestazioni specialistiche e dei dispositivi medici (protesi, ortesi ed ausili per disabili) erogabili dal Servizio sanitario nazionale tenendo conto delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, precisa quali attività devono essere assicurate dai servizi territoriali (medici e pediatri di base, guardia medica, consultori familiari, Servizi di salute mentale, Sert, servizi di riabilitazione, ecc.), descrive i percorsi di assistenza sociosanitaria integrata per le persone non autosufficienti;
- aggiorna gli elenchi delle patologie croniche e delle malattie rare che consentono l'esenzione dal pagamento del ticket per visite specialistiche, esami diagnostici e strumentali di controllo, farmaci a quanti siano stati riconosciuti affetti da una delle patologie comprese negli elenchi;
- fornisce criteri e indicazioni puntuali per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, vale a dire per promuovere l'erogazione delle prestazioni nei contesti assistenziali più adeguati al livello di complessità della prestazione stessa; a questo fine, incentiva il trasferimento dell'attività dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'ambulatorio specialistico;

5. LA SALUTE DEI LAVORATORI DIVENTA UNA PRIORITÀ

Con il nuovo testo unico per la salute dei lavoratori, divenuto legge nel mese di agosto e il decreto legislativo approvato dal Consiglio dei Ministri il 6 marzo scorso, abbiamo posto una pietra miliare nella lotta agli infortuni sul lavoro e alle morti bianche.

Il provvedimento ridisegna la materia della salute e sicurezza sul lavoro. Non ha intenti punitivi e non mette nel mirino le imprese. E' al contrario un provvedimento che mette al centro la tutela della persona umana, il suo diritto ad un lavoro sicuro e la garanzia che i luoghi di lavoro siano all'altezza di un paese moderno come è l'Italia.

Tra le novità più rilevanti dal punto di vista della salute dei lavoratori:

- Viene garantita l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro, compresi quelli a tempo determinato "flessibili" attraverso il rispetto dei diritti civili e sociali.
- Le norme si applicano in tutti i settori di attività pubblici e priva-

ti, a tutte le tipologie di rischio e a tutti i lavoratori: dipendenti, autonomi ed equiparati, a domicilio e a distanza (telelavoro) e di impresa familiare.

- Viene istituito un libretto sanitario e di rischio personale per ogni lavoratore che seguirà l'intera vita lavorativa, anche quando si cambierà lavoro. Si avrà così una visione totale della situazione sanitaria di ogni lavoratore nel corso della sua vita professionale e lavorativa.
- Le risultanze della sorveglianza sanitaria svolte dal medico competente dipendente dall'azienda, verranno annualmente comunicate al Servizio sanitario nazionale per il tramite della Asl territorialmente interessata. Finalmente sarà possibile avere a disposizione una informazione epidemiologica per milioni di lavoratrici e lavoratori sottoposti a visite mediche professionali.
- Viene confermato l'obbligo per le Aziende di tenere un registro dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni. Detto registro va trasmesso annualmente all'Ispesl e al Ssn.
- Da rilevare che il concetto di salute viene esplicitato come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia e d'infermità.

A completamento di questa riforma legislativa abbiamo, inoltre, siglato un Patto con le Regioni per la salute nei luoghi di lavoro che vede come principale obiettivo quello della triplicazione dei controlli da parte delle Asl passando dagli attuali 75.000 ad almeno 250.000 controlli l'anno.

6. LA TRASPARENZA NELLE NOMINE IN SANITÀ

- Abbiamo abrogato la norma del centro destra che equiparava i cinque anni di attività politica degli ex parlamentari ed ex consiglieri regionali ai cinque anni di esperienza manageriale necessari per essere nominati direttori delle Asl. La politica è una cosa, la gestione della sanità pubblica è un'altra, e le due cose devono essere ben distinte.
- Abbiamo cambiato le regole per la nomina dei direttori scientifici degli Irccs che è ora affidata ad una Commissione di esperti, anche internazionali, che valuta ed esamina curriculum e capacità, indicando i profili più idonei a quell'incarico e limitando così fortemente la discrezionalità politica nella scelta di queste figure.
- Per il Ddl *Vedi a pagina 26 Ddl qualità e sicurezza delle cure.*

7. LA TRASPARENZA NEI FINANZIAMENTI PER LA RICERCA

- Abbiamo cambiato le regole per l'assegnazione dei fondi per la ricerca. Ora tutti i finanziamenti avvengono attraverso bando pubblico e i progetti sono visionati da esperti indipendenti per garantire che le risorse vadano al progetto migliore senza alcun favoritismo. Con questi criteri abbiamo erogato i fondi per la ricerca oncologica del 2006 e tutti i fondi per la ricerca sanitaria 2007.
- Inoltre, abbiamo deciso di riservare una quota dei fondi pubblici per la ricerca sanitaria ai ricercatori italiani con età inferiore ai 40 anni per combattere la fuga dei cervelli e permettere ai migliori ricercatori italiani di restare in Italia. Il primo bando è già stato emanato ed ha visto una straordinaria partecipazione con oltre 1.700 progetti inviati.

8. PER UN NUOVO RAPPORTO TRA SSN E UNIVERSITÀ

- Per avviare una più intensa e proficua collaborazione tra sistema universitario e sanitario abbiamo predisposto un DDI con il Ministro dell'Università e della Ricerca, approvato dal Consiglio dei Ministri del 2 febbraio 2007, che stabilisce la completa integrazione tra l'attività assistenziale, didattica e di ricerca attraverso la realizzazione di Aziende integrate ospedaliero-universitarie.
- In Accordo con la Conferenza Stato Regioni abbiamo poi approvato il fabbisogno per il SSN dei medici specialisti da formare per l'anno accademico 2007-2008 in relazione alle effettive necessità del sistema sanitario.

9. LA LOTTA AL DOLORE E L'ASSISTENZA NEL FINE VITA PER LA DIGNITÀ DELLA PERSONA

Sul fronte della lotta al dolore è stato mio primario impegno quello di presentare in Consiglio dei Ministri e quindi in Parlamento, un disegno di legge per la semplificazione delle prescrizioni dei farmaci per il dolore severo, assicurando così una risposta attesa da anni da migliaia di malati che rivendicano il diritto a non soffrire.

Voglio poi ricordare quanto abbiamo fatto nell'ambito delle cure palliative, con la stesura del primo Piano nazionale che consentirà di avviare una seria programmazione degli interventi in tutta Italia sulla base delle positive esperienze già in atto in diverse realtà del Paese, anche avvalendosi delle nuove misure previste dalla legge finanzia-

ria messe a punto con un'efficace collaborazione tra maggioranza e opposizione.

Inoltre, abbiamo istituito la "Commissione sulla terapia del dolore, le cure palliative e la dignità del fine vita" per affrontare l'assistenza, le procedure, i protocolli e le linee guida riguardanti i modi e la qualità con cui vengono assistiti migliaia di cittadini nelle fasi più dolorose e tragiche della loro esistenza.

- Abbiamo fissato con un Decreto ministeriale un regolamento che definisce gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo a cui tutte le Regioni dovranno attenersi per riorganizzare le proprie strutture e costituire una rete di assistenza palliativa entro la fine del 2008.
- Abbiamo stanziato 10 milioni di euro per l'acquisto di comunicatori vocali per i malati di Sclerosi laterale amiotrofica o di altre patologie che provochino la perdita della possibilità di comunicare verbalmente.
- Abbiamo siglato con la Fondazione Maruzza Lefebvre d'Ovidio Onlus un Protocollo di Intesa nell'ambito delle cure palliative pediatriche.
- Con il Decreto ministeriale del 18 aprile abbiamo aggiornato le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope confermando l'impegno per la lotta al dolore.

10. UNA LEGGE PER LA LIBERA PROFESSIONE NEL SEGNO DELL'ETICA E DELLA LIBERTÀ DI SCELTA

Abbiamo finalmente regolamentato l'esercizio della libera professione dei medici all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (legge del 2 agosto 2007). Con questa legge la libera professione dei medici all'interno delle strutture pubbliche è finalmente regolamentata dopo quasi dieci anni di proroghe continue e inconcludenti. Oggi i medici hanno più certezze dei loro diritti all'esercizio dell'attività professionale intramoenia, con tempi certi per la realizzazione dei locali ove esercitarla, con la previsione di possibilità alternative ben definite e soprattutto con la fine dell'incertezza sulle modalità di esercizio di questa attività che ha caratterizzato gli ultimi dieci anni. I cittadini avranno invece più garanzie che quest'attività sia esercitata sempre per nome e per conto dell'azienda sanitaria pubblica e posta sotto il suo controllo. L'intramoenia non sarà più una "scorciatoia" obbligata per avere subito una prestazione che non si riesce ad ottenere in regime ordinario ma sarà esclusivamente una possibilità in più offer-

ta al cittadino dal servizio pubblico, a garanzia della libertà di scelta del medico che riteniamo sia anch'essa un diritto da salvaguardare e regolamentare adeguatamente. Ma la legge si pone anche l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa con norme precise che regolano la quantità delle prestazioni che si possono effettuare in libera professione, prevedendo che esse non dovranno superare quelle dovute durante l'attività istituzionale e stabilendo che i tempi di erogazione delle prestazioni in regime ordinario siano progressivamente allineati a quelli in regime libero professionale, al fine di assicurare che il ricorso alla libera professione sia frutto solo di libera scelta del cittadino e non conseguenza di carenze nell'organizzazione delle strutture sanitarie. E, sempre per combattere le liste d'attesa, la nuova legge prevede anche che ogni Regione debba fissare tempi medi massimi di attesa che saranno costantemente monitorati e l'obbligo, in ogni caso, di erogare le prestazioni urgenti al massimo entro 72 ore dalla richiesta.

11. CAMBIANO LE REGOLE PER L'ECM

- Abbiamo avviato in accordo con le Regioni un nuovo sistema di formazione continua (Ecm) a misura del professionista sanitario che valorizza la partecipazione a progetti di ricerca, a stage e introduce il modello del tutoraggio quali occasioni di qualificazione con il conseguente riconoscimento di crediti formativi.

12. LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Le donne, il loro mondo, la loro vita, la loro salute come indicatori della società nel suo complesso. Come ministro della salute ho la piena consapevolezza che la promozione e la tutela del diritto alla salute delle donne rientra in pieno nella battaglia per il definitivo superamento di tutte le discriminazioni.

È per questo che ho voluto mettere al centro del mio mandato questo obiettivo, e ho voluto indicare nel Piano di Azioni, presentato a Napoli il 7 marzo 2007 in una grande assemblea di donne e operatori, alcune delle azioni che ritengo prioritarie per il suo pieno raggiungimento.

In questa direzione vanno molti dei provvedimenti e iniziative assunti:

- Il Ddl per garantire la tutela dei diritti della partoriente e del neonato, favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al parto cesareo, promuovere il parto senza dolore e l'allattamento al seno, incrementare l'attività dei consultori. Approvato nel Consiglio

dei Ministri del 19 ottobre 2006

- la Commissione “Salute della donna” per l’elaborazione di un Piano intersettoriale di azioni triennale che assume la salute delle donne quale obiettivo strategico di tutte le politiche.
- Un atto di indirizzo per la piena applicazione della legge n.194/78, per una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso della diagnosi prenatale”. Una serie di indicazioni sulle quali abbiamo lavorato insieme alle Regioni con sei obiettivi:
 - la prevenzione dell’IVG attraverso il potenziamento dei consultori ed altre misure finalizzate alla promozione della contraccezione, alla formazione degli operatori con particolare riferimento alle donne immigrate;
 - la riduzione della morbilità da IVG e il miglioramento dell’appropriatezza degli interventi con la riduzione dei tempi di attesa e l’adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia;
 - l’aggiornamento delle procedure e del personale preposto;
 - la rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all’IVG, sostenendo le maternità difficili;
 - l’appropriatezza e la qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni;
 - la promozione dell’informazione sul diritto a partorire in anonimato”.

13. GRATIS ALLE DODICENNI UN VACCINO CONTRO IL CANCRO DELLA CERVICE UTERINA

- Per la prima volta in Italia e in Europa abbiamo avviato una campagna di vaccinazione gratuita contro il virus (HPV), responsabile ogni anno di oltre 1.000 morti, rivolta alle giovani di dodici anni di età. Il vaccino, che rende immuni da 4 tipi di questo virus e dal 90% dei condilomi genitali, completa l’opera di prevenzione del Ssn contro il carcinoma della cervice uterina (programmi di screening). Se la campagna di vaccinazione raggiungerà i suoi obiettivi, questa malattia scomparirà nelle prossime generazioni. Sarebbe una vittoria senza precedenti nella guerra contro uno dei nostri più terribili nemici.

14. PIÙ DIRITTI PER I DISABILI

- Penso che la bontà di una legge stia nel favorire il cittadino soprattutto quando si ha a che fare con persone già gravate da seri problemi di salute. Per questo abbiamo con il Ministro dell'Economia Padoa Schioppa abbiamo firmato un Decreto applicativo della legge 80 del 2006 sull'accertamento delle disabilità che ha eliminato le visite di controllo per l'accertamento delle condizioni di disabilità nei casi di invalidità permanenti o comunque molto gravi e irreversibili. Prima di questa nuova disposizione, era infatti previsto che tutte le persone in condizioni di disabilità potessero essere chiamate a visita medica per accertare che il loro stato di salute non fosse cambiato costringendole così a controlli inutili senza alcun motivo.

15. UNA NUOVA POLITICA PER IL FARMACO SOTTO IL SEGNO DELL'APPROPRIATEZZA, DELLA QUALITÀ E DEL RILANCIO DELLA RICERCA

- Abbiamo liberalizzato la vendita dei farmaci di automedicazione al di fuori delle farmacie con grandi vantaggi per i cittadini che hanno potuto usufruire di sconti fino al 50% per alcuni prodotti.
- Abbiamo nello stesso tempo ridisegnato compiti e ruolo della farmacia che ora è a tutti gli effetti un presidio del Ssn inserito nella nuova organizzazione della medicina territoriale. Per dare più servizi e prestazioni ai cittadini.
- Abbiamo poi affrontato il nodo del rilancio della competitività delle nostre aziende farmaceutiche avviando una nuova politica che consentirà il contenimento della spesa farmaceutica attraverso il maggior ricorso ai generici ma, allo stesso tempo, la valorizzazione degli investimenti in ricerca per i farmaci innovativi per la cura di importanti malattie.
- Per la prima volta, con la Finanziaria 2008, venendo incontro alle richieste delle associazioni di volontariato, è prevista la possibilità di riutilizzazione, da parte delle ASL, delle RSA o di organizzazioni non lucrative, di medicinali ancora in corso di validità non utilizzati dal malato (deceduto o che ha abbandonato la terapia) al quale erano destinati.
- È previsto il divieto di prescrivere medicinali non registrati in Italia (o registrati ma con una diversa indicazione terapeutica) se non siano disponibili almeno i dati favorevoli derivanti da speri-

mentazione clinica di fase II.

- Si stabilisce inoltre che l'efficacia di un farmaco non registrato, ai fini del suo inserimento nell'elenco speciale che ne consente la prescrizione a carico del Ssn quando manchi una valida alternativa terapeutica tra i farmaci regolarmente in commercio, deve essere oggetto di una specifica valutazione da parte dell'Aifa.
- Per semplificare al cittadino la fruizione del farmaco abbiamo predisposto un Decreto legislativo sui farmaci che consente al farmacista nei casi di urgenza di fornire al cittadino medicinali soggetti a prescrizione medica "semplice", anche senza ricetta. Il Decreto prevede inoltre più competenze e responsabilità dei farmacisti dei nuovi punti vendita previsti dal decreto sulle liberalizzazioni e una stretta nei "gadget" delle aziende farmaceutiche ai medici.
- In difesa dei consumatori abbiamo emanato un Decreto Ministeriale che vieta i messaggi pubblicitari troppo veloci e incomprensibili a garanzia di un'informazione corretta e completa a prevenzione dei danni che possono essere causati da un'assunzione inappropriata del medicinale.
- Abbiamo inoltre predisposto con il Ministero delle Politiche europee un Decreto legislativo relativo ad un nuovo codice comunitario sui medicinali per uso umano

16. LA DIPLOMAZIA DELLA SALUTE

La cooperazione allo sviluppo e gli investimenti per la salute non rappresentano soltanto delle opportunità - nel passato spesso accompagnate da interessi politici ed economici - ma diventano una necessità; lavorare insieme è un obbligo, ognuno con le proprie forze ma anche con la positiva volontà di perseguire il proprio bene perseguendo il bene comune.

L'Italia, per sua storica vocazione e per sua collocazione geografica, ha una funzione di mediazione in un'ampia zona del nostro Globo. È in questa direzione che in questi mesi di governo abbiamo voluto avviare una "diplomazia della Salute" che ha visto proficui e intensi scambi di collaborazione con molti Paesi in particolare del Mediterraneo e momenti significativi come

- L'Accordo di collaborazione con il Governo della Repubblica popolare cinese nei settori della tutela della salute, della sicurezza dei farmaci, del controllo ai fini dell'importazione degli ali-

menti, della previdenza sociale e dell'innovazione e ricerca scientifica

- L'Accordo (19 novembre 2007) bilaterale Italia-Albania nel campo della sanità che prevede scambio di informazioni e documentazione, promozione di contatti tra istituti, ospedali e organismi operanti nel campo della salute, elaborazione di progetti di ricerca, sviluppo e formazione tra i due Paesi.
- Infine la dichiarazione di intesa (18 dicembre 2007) firmata con i Ministeri della Salute dei 27 paesi della Ue per la cooperazione intersettoriale nelle politiche di promozione della salute dei cittadini europei. Tra gli obiettivi la riduzione della mortalità e delle malattie connesse con gli stili di vita, l'ambiente e gli altri fattori determinanti per la salute umana

17. GUADAGNARE SALUTE E PREVENZIONE SANITARIA

Nel mese di maggio (4 maggio 2007) è stato varato con Decreto del Presidente del Consiglio il primo grande programma nazionale per la promozione di stili di vita salutari, che abbiamo chiamato "Guadagnare Salute" e al quale abbiamo lavorato insieme ad altri nove ministeri, in una logica moderna di intersettorialità e nel quadro della scelta di porre "la salute in tutte le politiche", come raccomandato dall'Oms e dall'Unione Europea.

All'interno di questo programma:

- Abbiamo siglato Protocolli di Intesa con i rappresentanti di 22 organizzazioni delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo. Il Protocollo concretizza il programma guadagnare salute e inaugura una nuova politica delle alleanze.
- Abbiamo realizzato in dieci città italiane la manifestazione "Tre giorni della salute", indetta con DPCM, al fine di sensibilizzare la popolazione sull'adozione di stili di vita salutari.
- Abbiamo siglato con Slow Food un Protocollo di Intesa (17 luglio 2007) per il miglioramento della ristorazione ospedaliera
- Abbiamo siglato un Protocollo di Intesa con il Ministero dello Sport e delle politiche giovanili per sensibilizzare la popolazione, e in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute.
- Abbiamo siglato un Protocollo di Intesa con le Ferrovie dello Stato che definisce l'estensione del divieto di fumo nelle stazioni italiane e l'implementazione dei sistemi di comunicazione dello

stesso divieto

- Abbiamo siglato un Protocollo di Intesa con gli Enti di promozione sportiva CSI (Centro sportivo italiano), UISP (Unione italiana Sport per tutti) e US ACLI (Unione sportiva Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani) per incoraggiare il movimento e l'attività fisica quotidiana a scuola, nei luoghi di lavoro e nel tempo libero per tutta la popolazione, attraverso azioni di sensibilizzazione tese a diffondere la cultura del movimento e di stili di vita attivi.

Abbiamo inoltre predisposto il “Piano nazionale Alcol e salute” con valenza triennale e uno stanziamento di 4,5 milioni di euro per ridurre i consumi e prevenire i danni alcol correlati nella popolazione.

18. SALUTE MENTALE

- Attraverso un'ampia consultazione di operatori, associazioni di cittadini, dirigenti di Aziende Sanitarie e di istituzioni locali, sono stati messi in luce sia i mutamenti sociali che hanno determinato nuovi bisogni e domande di salute mentale, che le principali criticità che nel corso degli anni si sono manifestate. Partendo da quest'analisi si è convenuto sulla necessità di formulare nuove Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale. Gli aspetti fondamentali riguardano la necessità di dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale. Grande attenzione va rivolta al miglioramento della qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona e all'esercizio dei diritti di cittadinanza, valorizzando gli strumenti legislativi vigenti (Legge 68/381 e 68/328). Un'attenzione particolare è data alla salute mentale in carcere e agli Ospedali Psichiatrici giudiziari, ai temi legati alla multiculturalità e alla salute mentale delle popolazioni migranti. La parte conclusiva del documento mette in luce la necessità, per un miglioramento continuo della qualità dei servizi, di rafforzare lo sviluppo della ricerca nel campo della salute mentale e la qualità della formazione sia a livello universitario che a livello dei servizi sanitari.
- Inoltre per rilanciare il tema della lotta allo stigma e favorire l'attenzione al mondo della salute mentale abbiamo realizzato insieme alle associazioni dei malati e dei familiari, operatori e vo-

lontari, l'iniziativa "Un treno per Pechino" (agosto 2007) che è stata un momento di grande partecipazione testimoniato anche attraverso la realizzazione di un Film- documentario che sarà proiettato nelle sale cinematografiche di tutto il Paese.

19. LA SALUTE DEI MIGRANTI E LA LOTTA ALLA POVERTÀ

A tutela della salute degli stranieri presenti sul territorio nazionale, immigrati, rifugiati, richiedenti asilo e Rom, al fine di elevare il livello di fruibilità dei servizi sanitari e aumentare la conoscenza delle opportunità di cura tra la popolazione immigrata abbiamo insediato la "Commissione salute e immigrazione" presso il Ministero della Salute.

Sempre in questa direzione abbiamo istituito, attraverso un Atto di Intesa con le Regioni Lazio, Puglia e Sicilia, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INPM), presentato il 9 gennaio 2008 a Roma in un evento alla presenza del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano. Si tratta di un tassello prezioso di una politica sanitaria pubblica a favore dei più deboli e dei più vulnerabili ed allo stesso tempo un esempio e modello per altri Paesi europei. Con questo centro ci proponiamo di intervenire a favore di chi ancora non sa rivolgersi al Servizio Sanitario Nazionale, a chi non è consapevole dei propri diritti e non è capace di usare il servizio sanitario pubblico. Ci rivolgiamo a questi gruppi più vulnerabili e diseguali che sono soprattutto gli immigrati, ma vi figurano anche molti italiani

20. LA GESTIONE DELLE EMERGENZE: DALL'ALLARME CALORE ALLA TUTELA DELLA SALUTE NELL'EMERGENZA RIFIUTI

- Attraverso un Protocollo di Intesa con le Regioni, i Comuni e i Medici di famiglia abbiamo avviato per la prima volta nel 2006 una regia nazionale per l'organizzazione e la gestione dei servizi rivolti alla popolazione anziana nel periodo estivo. Nel 2007 abbiamo predisposto un Piano operativo nazionale con sistema di allerta, anagrafe delle fragilità, linee guida e informazioni ai cittadini e agli operatori, anche in accordo con il Ministero della Solidarietà sociale.
- Abbiamo presentato le nuove Linee guida dell'Unità centrale di crisi per prevenire e contrastare le emergenze sanitarie collegate al virus dell'influenza aviaria.

- Emergenza rifiuti in Campania. Il Ministero della salute è coinvolto direttamente nell'emergenza con un proprio distaccamento, coordinato dal Capo Dipartimento per la Prevenzione, che coadiuva il Commissario straordinario De Gennaro nella verifica dell'impatto sulla salute dei nuovi siti individuati dal Piano per lo smaltimento dei rifiuti. Abbiamo chiesto alle Asl e all'Iss rilievi ambientali per accertare lo stato di salute della popolazione. Stiamo procedendo inoltre alla realizzazione di una campagna di comunicazione per incentivare la raccolta differenziata e per fornire informazioni corrette sui reali pericoli per la salute connessi ai rifiuti. È la prima volta nella storia dei rifiuti in Campania che il Ministero della Salute e il Commissario lavorano insieme.

Inoltre, il Centro per il controllo delle malattie del Ministero della Salute ha firmato una Convenzione con la Regione Campania per una attività progettuale biennale sul tema ambiente e salute. Abbiamo istituito, inoltre, di intesa con i Ministeri dell'Ambiente, dello Sviluppo economico, degli Affari Regionali e dei Trasporti, al quale partecipano anche Regioni, Province e Comuni, allo scopo di attuare una azione sinergica tra le diverse istituzioni sui temi più importanti concernenti la relazione tra salute e ambiente.

21. LA LOTTA ALL'AIDS E ALLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

L'Aids, ormai lo sappiamo, non è stata e non è una malattia come tutte le altre. Non lo è per ciò che essa ha rappresentato sul piano della modifica dei comportamenti e degli stili di vita, non lo è per ciò che ha indotto nella visione del rapporto tra paziente e terapia, non lo è per le sue caratteristiche endemiche che oggi si manifestano con chiarezza, facendo dell'Aids una malattia soprattutto cronica nei Paesi dell'Occidente ricco e sviluppato, a fronte di un Aids che uccide ed estirpa intere generazioni anno dopo anno in tante realtà povere del Mondo. Abbiamo voluto assumere un impegno preciso contro questa malattia che si è concretizzato in diverse azioni:

- per elaborare nuove strategie per la prevenzione, l'assistenza e la ricerca abbiamo rinnovato la Commissione nazionale e la Consulta della Associazione per la lotta contro Aids
- In occasione della Giornate mondiali Aids 2006 e 2007 abbiamo promosso due grandi incontri nazionali in cui è stato ribadito l'impegno del Governo per sconfiggere l'Aids e le malattie sessualmente trasmesse nel nostro Paese. Inoltre abbiamo pre-

sentato un Ddl volto a risolvere il problema del debito dell'Italia con il Global Found.

- Attraverso campagne di comunicazione nazionale su Tv, carta stampata, radio, circuiti cinematografici e affissioni, abbiamo proseguito l'opera di sensibilizzazione della popolazione sulla prevenzione dell'Aids e delle malattie sessualmente trasmesse anche attraverso spot con specifici riferimenti all'uso del preservativo.

22. TEST ANTI DROGA PER I LAVORATORI A RISCHIO

- A garanzia della salute e sicurezza dei lavoratori che svolgono mansioni delicate per la sicurezza collettiva e dei cittadini utenti abbiamo raggiunto un'intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per il via ai test antidroga per questi lavoratori colmando una lacuna legislativa di ben 17 anni.

23. IL DDL PER LA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

Con il Ddl sulla "Qualità e la sicurezza del SSN", collegato alla Finanziaria 2008, abbiamo aggiornato i grandi principi ispiratori del Ssn confermando l'unitarietà, l'universalità e l'equità del sistema alla luce dei cambiamenti del quadro costituzionale.

Ecco in sintesi le novità principali del ddl:

- il riordino complessivo della medicina territoriale, finalizzato a creare una rete di assistenza extraospedaliera basata sulla continuità assistenziale per tutto l'arco della settimana e per 24 ore al giorno. A tal fine saranno istituite in tutte le Asl le Unità di medicina generale e le Unità di pediatria, dove convergeranno tutti i servizi e le prestazioni non ospedaliere, prevedendo anche nuovi compiti per la rete delle farmacie;
- il governo clinico nelle aziende sanitarie, per la responsabilizzazione e il coinvolgimento degli operatori nella gestione della sanità, trasformando il Collegio di direzione (composto da manager e operatori sanitari) in organo dell'azienda che esprime pareri obbligatori sui principali atti gestionali;
- nuovi criteri per la nomina dei direttori generali delle Asl e dei dirigenti di struttura complessa (ex primari) basati sulla trasparenza delle scelte attraverso nomine scaturite da una pre-valutazione da parte di commissioni indipendenti, prevedendo la pubblicazione su internet dei curriculum e il vincolo di scelta dei candidati nell'ambito della terna selezionata dalla commissione

- di valutazione;
- l'istituzione di specifiche unità per la gestione del rischio clinico e di servizi di ingegneria clinica nelle Asl e negli ospedali per ottimizzare le attività e gli interventi di prevenzione degli errori e per il controllo costante della sicurezza delle apparecchiature;
 - nuove misure atte a favorire la soluzione extragiudiziale delle controversie conseguenti ad errori medici che consentano un rapido accesso agli indennizzi per i pazienti danneggiati;
 - l'esclusività di rapporto per i primari ai quali sarà comunque garantito il diritto alla libera professione intramoenia;
 - l'istituzione di un Sistema nazionale di verifica della qualità delle cure erogate dal Ssn, prevedendo la partecipazione dei cittadini nei processi valutativi;
 - istituzione di un Sistema nazionale di linee guida per l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza in campo diagnostico, clinico e terapeutico;
 - cambia il Piano sanitario nazionale che diventerà quinquennale (oggi vale per un triennio) orientandolo maggiormente verso precisi obiettivi di riduzione dell'incidenza delle malattie evitabili intervenendo sui diversi determinanti di salute;
 - viene potenziato il tirocinio pratico per i medici specializzandi con nuovi accordi tra Università e Ssn;

24. LE POLITICHE DI PROMOZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Nel corso della legislatura ci siamo adoperati per portare a termine il processo di trasformazione delle professioni sanitarie. In particolare:

- Abbiamo raggiunto un Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni per la definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie anche ai fini della programmazione e formazione universitaria.
- Abbiamo istituito il Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e delle scienze ostetriche per promuovere lo sviluppo di queste professioni sanitarie e favorire una completa ed omogenea applicazione della Legge 251/00 in tutte le strutture sanitarie su tutto il territorio nazionale
- Con il Decreto legislativo di recepimento della direttiva comunitaria 36/2005 abbiamo riconosciuto alle ostetriche la facoltà di prescrivere gli esami utili per seguire la gravidanza fisiologica.
- Con l'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità abbiamo

delineato i nuovi profili professionali per gli odontotecnici e gli ottici.

- Abbiamo organizzato, in collaborazione con la Federazione nazionale dell'ordine dei medici, chirurghi ed odontoiatri (FNOM-CEO) e la Federazione nazionale Collegi infermieri (IPASVI) il primo corso on-line di formazione per medici e infermieri al fine di assicurare un livello omogeneo di competenze in tutto il territorio nazionale sulla sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico a tutti gli operatori sanitari, ospedale e territorio e promuovere la cultura della qualità e della sicurezza.

25. IL LAVORO SUL RISCHIO CLINICO

La qualità delle cure non può prescindere dalla sistematica adozione di strategie per la sicurezza dei pazienti.

Al pari di altri Paesi, occorre considerare alcuni cambiamenti organizzativi che coinvolgano tutti i livelli del SSN, nazionale, regionale e aziendale.

Tutto ciò per consentire di affrontare e governare in maniera integrata i diversi aspetti della sicurezza dei pazienti con:

- il monitoraggio degli eventi avversi,
- l'emanazione di raccomandazioni,
- le strategie di formazione,
- il supporto per la gestione degli aspetti assicurativi e medico legali.

In questa logica sta lavorando il "Centro di riferimento Nazionale sulla sicurezza dei pazienti", che in Italia ancora non c'era e che abbiamo provveduto a istituire nel dicembre 2006, in accordo con quanto attuato in altri Paesi europei ed extraeuropei ed in linea con le indicazioni di tutti gli organismi internazionali che si occupano di sanità, dall'Unione Europea a l'OMS.

Sulla base del nuovo Patto per la salute, abbiamo concordato con le Regioni un'intesa sul Programma Nazionale per la promozione permanente della Qualità nel SSN, che contiene, tra l'altro, un capitolo dedicato al tema sicurezza dei pazienti.

- Voglio poi ricordare le nuove norme sulla sicurezza delle cure contenute in un apposito ddl approvato dal Consiglio dei Ministri l'11 maggio 2007 che prevedono l'adozione da parte delle Regioni e Province autonome di un sistema per la gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere, e ciò

attivando una specifica funzione aziendale in ogni Asl e in ogni Ospedale. Lo stesso ddl prevede inoltre l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti sanitari, prevedendo procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza.

- Abbiamo proposto alle Regioni la stipula di un'intesa in materia di rischio clinico nella quale sono previste le norme già contenute nel collegato alla finanziaria e in cui si concorda sul modello organizzativo di gestione del rischio clinico che contempla le rispettive competenze di Stato Regioni Province autonome.

26. LA LOTTA ALLA MALASANITÀ

- Igiene e sicurezza negli ospedali pubblici: Ispezioni dei Nas
Per verificare il livello di osservanza delle normative di settore poste a tutela della salute dei pazienti ricoverati e a presidio del corretto esercizio delle attività ospedaliere, con particolare riferimento ai profili strutturali e igienici, abbiamo disposto in tutta Italia, a partire dal 6 gennaio 2007, delle ispezioni dei Nas negli ospedali pubblici italiani. Si è trattato di un'azione ispettiva straordinaria per la sua unicità, rapidità di effettuazione ed estensione. Dalle indagini sono emerse una serie di irregolarità che, però, non sono risultate tali da pregiudicare in alcun caso la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini. Ad oggi, in seguito ai rilievi effettuati tutte le Regioni hanno provveduto a mettere a norma le strutture in cui si sono verificate inadempienze.
- I provvedimenti straordinari per la Calabria
La criticità della situazione della sanità in Calabria è sempre stata al centro dell'attenzione della mia azione di governo. Nonostante gli Accordi di programma integrativi per gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie che abbiamo stipulato con la Regione Calabria il 6 dicembre 2007, le ispezioni dei Nas, da me richieste in seguito ai gravi eventi che si sono verificati in alcune strutture ospedaliere, hanno portato il Consiglio dei Ministri, l'11 dicembre scorso, a dichiarare lo stato d'emergenza sanitaria nella Regione.
Abbiamo verificato che non basta stanziare le risorse: esse vanno utilizzate al meglio e in tempi certi. Per la realizzazione dei

nuovi ospedali in Calabria, quindi, abbiamo istituito procedure speciali per avere il massimo rigore e la massima celerità e trasparenza.

Va in questa direzione la nomina, il 22 dicembre, da parte della Presidenza del Consiglio di una Commissione ispettiva ristretta e molto qualificata, con a capo il Commissario straordinario Achille Serra, che in breve tempo produrrà una azione ispettiva di ispezione in Calabria in grado di dare allo Stato, alle Regioni e a tutti i cittadini una fotografia il più possibile precisa e puntuale della situazione della sanità.

- Le norme antitruffa nelle leggi finanziarie

Abbiamo introdotto una serie di misure concrete per contrastare le truffe ai danni del Servizio sanitario nazionale come la revoca dell'autorizzazione all'esercizio della farmacia ai farmacisti colpevoli e la risoluzione del rapporto di lavoro o della convenzione con il Servizio Sanitario per tutti gli altri operatori colpevoli (Finanziaria 2007).

Con il Ddl sulla "semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute" (approvato unanimemente al Senato il 12 dicembre 2007) abbiamo introdotto norme per la lotta all'abusivismo professionale.

Inoltre con il Ddl "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale" abbiamo previsto che laddove il titolare o il direttore sanitario di una struttura accreditata sia condannato, con sentenza passata in giudicato per il reato di truffa, con danno patrimoniale a carico del Ssn, venga dichiarata la sospensione dell'accreditamento fino a sei mesi o, in caso di recidiva, la decadenza definitiva. La norma completa il quadro di garanzie già reso operante con la finanziaria per il 2007 per quanto riguarda le farmacie ed i medici convenzionati.

27. LE FINANZIARIE 2007 E 2008: PER UNA SANITÀ PIÙ EFFICIENTE E DI QUALITÀ

- **Più risorse Finanziarie per la sanità pubblica.** Con la Finanziaria 2008 il Fondo sanitario nazionale per finanziare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) passa da 97,040 mld di euro nel 2007 ai 101,457 nel 2008, con un incremento di 4,417 miliardi rispetto alla Finanziaria 2007 e di 10,434 miliardi rispetto al 2006. Gli stanziamenti complessivi per la sanità pubblica nel triennio 2007-2009 saranno di 300 miliardi di euro.

- **Contenimento della spesa pubblica.** Con le leggi finanziarie 2007 -2008 abbiamo avviato una rigorosa opera di contenimento della spesa pubblica che con la sola manovra 2007 ha portato al risparmio di circa 3 miliardi di euro attraverso diverse misure di contenimento che riguardano in particolare:
 - risparmi nell'acquisto di farmaci;
 - riduzione nelle tariffe delle prestazioni di laboratorio e specialistiche;
 - risparmi derivanti dalla razionalizzazione della rete di servizi e dai Piani di rientro dal deficit delle Regioni;
 - nuove procedure per l'acquisto di dispositivi medici con gare più selettive e competitive.
- **Più fondi per la ricerca.** Con la Finanziaria 2007 i fondi destinati alla ricerca medica e sanitaria del SSN sono saliti a 339,4 milioni di euro con un aumento netto di 70 milioni rispetto al 2006. Inoltre con la Finanziaria 2008 abbiamo portato dal 5% al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di finanziamenti riservati ai ricercatori sanitari under 40
- **Più risorse per gli investimenti nella sanità.** Forte rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con lo stanziamento di 3 miliardi di euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani. In tutto, quindi, 3 miliardi in più rispetto al 2007 e 6 in più rispetto al 2006. Ai fini della tutela dell'ambiente e del risparmio energetico, per tutte queste opere è previsto che gli stanziamenti siano subordinati a verifiche sull'adozione di misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico.
- **Più offerte di servizi per il cittadino.** Con la manovra finanziaria 2007 abbiamo costruito un quadro di certezze entro cui avviare politiche di lungo respiro che con la Finanziaria 2008 si sono consolidate anche attraverso:
 - gli stanziamenti destinati alla prevenzione e agli incidenti sul lavoro (50 milioni di euro);
 - i fondi per risarcire i danneggiati da trasfusioni e vaccini (180 milioni di euro);
 - le risorse per le cure palliative a casa e in ospedale (150 milioni di euro);

- la campagna di vaccinazione gratuita contro il cancro alla cervice uterina per tutte le dodicenni;
- il passaggio al Servizio sanitario nazionale dell'assistenza ai detenuti;
- **Sanità integrativa: assistenza odontoiatrica e ai malati non autosufficienti diventano obbligatorie per ottenere benefici fiscali.**

Con la Finanziaria 2008 abbiamo stabilito che per ottenere i benefici fiscali previsti dalle norme, i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le prestazioni odontoiatriche e quelle per i non autosufficienti. Sarà un decreto del Ministero della Salute a stabilire il "pacchetto" minimo di prestazioni obbligatorie. E' poi prevista l'estensione alle mutue territoriali delle norme sulla deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale; in ambedue i casi la deducibilità viene ora condizionata alla fornitura di prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal SSN.

- **La gestione dell'Ecm passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.** Con la Finanziaria 2008 la gestione dei programmi di educazione continua in medicina rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post laurea passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ex Assr). Con questo trasferimento si chiude la fase sperimentale avviata nel 2001 che ha visto lo svolgimento di oltre 350 mila eventi formativi.
- **Più risorse per la non autosufficienza.** Con la Finanziaria 2008 abbiamo aumentato a 400 milioni di euro il Fondo per l'assistenza alle persone non autosufficienti e bisognose di assistenza continuativa, già previsto nella Finanziaria 2007.
- **Nasce l'Autorità nazionale per la sicurezza alimentare.** Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, già istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle Politiche agricole nel luglio 2007, con la Finanziaria 2008 sale di rango e si trasforma in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare. Essa opererà presso il Ministero della Salute ed avrà una sede referente a Foggia per la quale sono stati stanziati 6,5 milioni di euro per il triennio 2008/2010.

Per un
New Deal
della Salute

