

CAMERA DEI DEPUTATI
XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI
AUDIZIONE DEL 23 GENNAIO 2007 DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SEN. LIVIA TURCO

Un intervento per l'ammodernamento del sistema

L'evoluzione del contesto socio-sanitario e della stessa sensibilità di operatori, decisori e cittadini verso obiettivi di qualità e sicurezza delle cure richiede un intervento per l'ammodernamento del sistema .

E' quello che potremmo definire un intervento di manutenzione sulla stessa Legge di riforma del 1999 o, piuttosto, di ammodernamento di alcune sue parti, per individuare e perseguire priorità che erano già presenti nel suo impianto – ed è questa la ragione per la quale non serve una nuova riforma – ma che oggi vediamo con maggiore chiarezza.

Non una nuova riforma, dunque, ma una opportunità per introdurre miglioramenti, Governo e Regioni insieme, all'insegna della nuova stagione di corresponsabilizzazione e di quel nuovo clima di serenità e collaborazione che ha condotto alla sigla del Patto per la salute. Un clima che, come abbiamo affermato più volte, coglie appieno il valore dell'affidamento della tutela della salute dei cittadini, nella Carta Costituzionale, concorrentemente ai due livelli di Governo.

Questo intervento di ammodernamento tocca, in primo luogo, la missione, e quindi gli stessi obiettivi, che presiedono alla piena ed effettiva garanzia del diritto alla salute. Siamo assai più consapevoli, rispetto al passato, che alla tutela di questo diritto non concorrono soltanto i sistemi sanitari. Abbiamo assistito ad un vero e proprio cambiamento di paradigma, con lo spostamento dalla attenzione pressoché esclusiva verso la malattia e la guarigione alla considerazione per la qualità della vita come parte integrante dei percorsi assistenziali, anche quando si sa che restano pochi mesi di vita o si sarà costretti a convivere con una patologia cronica. Abbiamo imparato, a nostre spese, quanto sia indispensabile valorizzare salute e benessere nella accezione più ampia, e a non considerare prevenzione e stili di vita la cenerentola dell'impegno dei sistemi sanitari pubblici. Gli esempi citati, sono solo alcuni dei tanti che avremmo potuto richiamare, ma sono indicativi della maturazione di una nuova consapevolezza su ciò che bisogna intendere, oggi, per tutela del diritto alla salute, e di ciò non possiamo non tenere conto se vogliamo provare ad orientare sempre di più il sistema ai cittadini e ai loro bisogni.

Il governo clinico come strumento di promozione della qualità

In questa ottica il governo clinico e assistenziale, che deve riguardare ospedale e territorio, può contribuire ad integrare una serie di elementi e questioni ormai giunte a maturazione:

- ✚ l'esigenza di assicurare omogeneità, per qualità e quantità, nonché per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale;
- ✚ la necessità di passare speditamente a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità del paziente;

- ✚ il dovere di procedere con rapidità all'innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso la introduzione di tecnologie di prevenzione del rischio di malpractice;
- ✚ l'urgenza di cominciare a costruire il secondo pilastro della sanità pubblica, quello della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e della integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- ✚ la opportunità di aprire il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sulla utilizzazione di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate;
- ✚ l'esigenza di aumentare la trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale, e dalla ridefinizione delle norme sul reclutamento della dirigenza e sulla progressione delle carriere. Si tratta di una condizione imprescindibile per assicurare alla sanità pubblica le migliori competenze, rilanciare le politiche del personale, incidere sul rapporto perverso tra sanità e cattiva politica, ridare fiducia ai cittadini;
- ✚ l'urgenza di dare effettività alla tanto declamata centralità del paziente, nella consapevolezza che il sistema è chiamato ad un impegno che va la di là della corretta informazione nei suoi confronti.

Consapevoli della importanza del tema, abbiamo dedicato ad esso un percorso di riflessione che ha coinvolto, e non poteva essere diversamente, le categorie e gli ordini professionali, oltre che le Regioni.

In particolare, a partire dallo scorso mese di luglio, si sono svolti i seguenti incontri, tutti aventi come oggetto il governo clinico:

- ✚ 3 luglio 2006, con la Dirigenza medica, Veterinaria sanitaria;
- ✚ 4 luglio 2006, con gli Ordini Professionali;
- ✚ 17 luglio 2006, con la Dirigenza Medica, Veterinaria sanitaria;
- ✚ 14 dicembre 2006, con la Dirigenza sanitaria, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri;
- ✚ 22 gennaio, con la Dirigenza del Ssn.

Altre riunioni, dedicate allo stesso tema, sono previste a breve:

- ✚ 23 gennaio 2007, con Medici di medicina generale, Pediatri, Specialisti convenzionati, Medici della continuità assistenziale e 118;
- ✚ 23 gennaio 2007, con gli Ordini Professionali;
- ✚ 30 gennaio 2007, con FIASO e Federsanità

Intramoenia

Per quanto attiene alle norme relative all'esercizio della libera professione all'interno delle strutture sanitarie (intramoenia) si ritiene opportuno segnalare, in particolare, due aspetti. Il primo riguarda lo stato dell'arte della realizzazione degli spazi preposti a tale attività nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere. In proposito, a seguito della emanazione del D.L. 4/7/2006 n. 223 che ha previsto la proroga di un anno della possibilità di esercitare la cosiddetta intramoenia allargata, le Regioni sono state chiamate a presentare entro il prossimo 31 gennaio i relativi programmi per la realizzazione dei suddetti spazi, usufruendo degli appositi finanziamenti previsti e ancora non utilizzati per la somma complessiva di 327,847 milioni di euro. E' bene sottolineare che in occasione della suddetta proroga, è stato anche stabilito che il monte quantitativo di prestazioni sanitarie erogate in regime di libera professione intramoenia non può superare quello relativo all'attività ordinaria e ciò anche al fine di scongiurare impropri allungamenti dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

Da segnalare, inoltre, che tale attività è oggetto di costante confronto con le categorie professionali interessate al fine di addivenire a soluzioni operative condivise che consentano di salvaguardare in ogni caso il diritto alla libera professione intramoenia quale opportunità per il professionista ma anche a garanzia di una maggiore disponibilità di offerta da parte del servizio pubblico nei confronti del cittadino.

Il secondo aspetto attiene invece all'obiettivo di ripristinare l'esclusività di rapporto, legata alla durata dell'incarico e quindi reversibile, per i dirigenti di struttura complessa del Ssn (ex primari e attuali capi dipartimento), mantenendo comunque per queste figure la possibilità di svolgere attività libero professionale ma solo in regime di intramoenia.

Su tale obiettivo ha convenuto anche il Ministro della Università e della Ricerca Fabio Mussi. Questo provvedimento, già oggetto di confronto con le organizzazioni professionali e sindacali di categoria, come già anticipato sarà compreso all'interno dell'emanando Disegno di Legge sul governo clinico e per l'ammodernamento del sistema sanitario.

Tempi e liste di attesa

Il problema dei lunghi tempi di attesa per le principali prestazioni di diagnostica e per alcune prestazioni chirurgiche è presente nei sistemi sanitari della gran parte dei paesi occidentali, con rarissime eccezioni. E' tra le criticità alle quali i cittadini prestano la maggiore attenzione.

Come è noto all'origine del problema viene riconosciuta una molteplicità di cause, tra le quali:

- ✚ la insufficienza della capacità di produzione di prestazioni delle strutture sanitarie rispetto al bacino di utenza;

- ✚ la produttività inadeguata delle stesse strutture a causa di problemi organizzativi, numero di ore di operatività insufficiente, inadeguato o mancato coordinamento delle attività di prenotazione, ecc.);
- ✚ ricorso eccessivo e inappropriato alle prescrizioni;
- ✚ disomogeneità della capacità di attrazione dei cittadini da parte delle strutture erogatrici, in relazione alla diversa qualità delle prestazioni garantite e dei professionisti impegnati, che determina eccesso di richieste per alcune strutture e marcata sottoutilizzazione di altre,

solo per citare alcuni degli elementi comunemente riconosciuti tra quelli di magio rilievo.

Problematiche di questo genere sono comuni, come già detto, alla gran parte dei sistemi sanitari pubblici dei paesi occidentali.

Il problema è stato oggetto di attenzione da parte del legislatore attraverso una serie di norme, già a partire dalla fine degli anni '90 che, tuttavia, non sono riuscite a portare a soluzione il rispetto di tempi di attesa ragionevoli per le principali prestazioni di diagnostica e specialistica.

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

Il nuovo Governo ha ritenuto responsabilmente di dare corso all'intesa riservandosi di verificarne la fattibilità insieme alle Regioni.

Dopo diverse analisi congiunte si è pervenuti ad una diversa articolazione del Piano prevedendo, in alternativa alla definizione di una lista di prestazioni sanitarie per le quali adottare tempi massimi di attesa, la individuazione di "pacchetti di prestazioni" relativi a precisi e completi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali a partire dalle patologie tumorali e cardiovascolari.

Ciò al fine di garantire ai cittadini tempi di attesa certi non per una singola prestazione ma per l'intero percorso diagnostico terapeutico relativo alla sua patologia. Al riguardo si ritiene necessaria l'adozione su tutto il territorio nazionale dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

In proposito le Regioni si sono impegnate a presentare al Ministero della Salute appositi Piani regionali di attuazione entro il 31 gennaio 2007, cui faranno seguito, entro il prossimo 28 febbraio, i piani aziendali locali.

Non facciamo propaganda ma lavoriamo insieme per risolvere i problemi. Avvieremo campagne informative rivolte ai cittadini perché conoscano i propri diritti e ci aiutino a migliorare il sistema.

Uso terapeutico della cannabis

Sono numerose le norme internazionali che riconoscono e promuovono l'uso medico della cannabis indica. Solo per citare le più importanti ricordiamo la Convenzione unica sugli stupefacenti adottata a New York il 30 marzo 1961, ratificata dall'Ordinamento italiano con la Legge del 5 giugno 1974, n. 412, che nel "Preambolo" asserisce che le Parti riconoscono *"che l'uso medico degli stupefacenti è indispensabile al fine di alleviare il dolore e che le misure dovute devono essere prese al fine di assicurare che gli stupefacenti siano disponibili a tale scopo (...)"*; e, ancora, la Convenzione sulle sostanze psicotrope, adottata a Vienna il 21 febbraio 1971, ratificata da nostro Paese con la Legge 25 maggio 1981, n. 385, che enuncia nel Preambolo che le Parti riconoscono *"che l'uso delle sostanze psicotrope a fini medici e scientifici è indispensabile e che la possibilità di procurarsi delle sostanze a tali fini non dovrebbe essere oggetto di alcuna restrizione ingiustificata,..."*.

Preliminarmente è opportuno ricordare che nel nostro Paese è già previsto l'utilizzo di sostanze stupefacenti e psicotrope ad uso medico, con attività terapeutica dimostrata, quali oppiacei, barbiturici, benzodiazepine, amfetaminici, etc.

I farmaci di scelta come antalgici per il dolore severo sono gli oppiacei di derivazione naturale e di sintesi (morfina, codeina, metadone, buprenorfina, fentanyl, ossicodone).

E' ben noto che la volontà delle istituzioni, ed in particolare del Ministero della salute, è quella di garantire un accesso più facile ai farmaci necessari a curare il dolore severo in quei malati che non rispondono ai comuni trattamenti antalgici effettuati con i classici antinfiammatori (antinfiammatori non steroidei – FANS).

Infatti, la scienza medica considera il dolore come una patologia a sé stante, che deve essere curata in quanto tale, indipendentemente dalla eventuale malattia primaria che lo determina.

A tal fine, negli ultimi tempi, a partire dalla Legge n. 12 del 2001, numerosi sono stati gli interventi normativi volti a semplificare ed intensificare la prescrizione da parte dei medici degli analgesici oppiacei.

Da alcuni anni, peraltro, si sta affermando anche un riconoscimento a livello scientifico del valore **terapeutico della cannabis indica**, dei suoi principi attivi e degli analoghi di sintesi, come adiuvante nella terapia del dolore. I risultati scientifici disponibili documentano una innegabile efficacia di queste sostanze sia come analgesici, sia **come adiuvanti al fine di contenere i dosaggi dei farmaci oppiacei**, permettendo di ridurre gli effetti indesiderati, la tolleranza e la dipendenza indotte da tali medicinali.

Inoltre, la cannabis ed i suoi principi attivi si sono rivelati efficaci nel contrastare gli effetti indesiderati delle terapie farmacologiche prescritte per i malati di cancro e di Aids nonché nel trattamento di patologie neurodegenerative quali la sclerosi multipla, il morbo di Parkinson, l'epilessia ed altre ancora quali il glaucoma e l'artrite reumatoide. L'efficacia farmacologica è associata ad un accettabile indice rischio/beneficio, sia per l'assenza di eventi letali da sovradosaggio, che per gli effetti indesiderati, inferiori ad altri farmaci di comune impiego.

A seguito di tali evidenze scientifiche, in diversi paesi, tra i quali Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, Germania, Belgio, Olanda, Svizzera, Israele e Sudafrica, sono già da tempo disponibili sul mercato medicinali a base di derivati della cannabis indica.

SPECIALITÀ MEDICINALI A BASE DI DERIVATI DELLA CANNABIS				
DERIVATI SINTETICI			INFLORESCENZE DI CANNABIS SATIVA:	ESTRATTI NATURALI A CONTENUTO STANDARDIZZATO DI THC E CBD:
Marinol® (dronabinol) www.marinol.com Solvay Pharmaceuticals, Inc. 901 Sawyer Road Marietta, GA 30062 U.S.A. tel. 1-800-241-1643	Dronabinol www.thc-pharm.de Christian Steup tel. 0049.69.65.30.2222 e-mail: steup@thc-pharm.de	Cesamet® (Nabilone) www.camb-labs.com Cambridge Laboratories Ltd, Deltic House, Kingfisher Way, Silverlink Business Park, Wallsend, Tyne & Wear, NE28 9NX. UNITED KINGDOM Tel: +44.191.296.9300 Fax: +44.191.296.9368 email: marketing@camb-labs.com	Bedrocan® e Bedrobinol® www.cannabisbureau.nl Ministero della Salute olandese Bureau voor Medicinale Cannabis Postbus 16114 2500 BC Den Haag Telefono: 070 - 340 5113 Fax: 070 - 340 7426 e-mail: info@cannabisbureau.nl	Sativex® www.gwpfarm.com Bayer Inc. Public Policy & Communications 77 Belfield Road Toronto, Ontario M9W 1G6 Tel: 001 416 248 0771 Email: contactbayer@bayer.com Mariella Bustamante Clinical Operations Assistant, Bayer Inc. Tel: 001-416-248-0771 Fax: 001- 416-248-9526

L'International Narcotics Control Board delle Nazioni Unite, organo di controllo del mercato internazionale degli stupefacenti, ha incoraggiato le ricerche sull'uso terapeutico della cannabis indica e autorevoli istituzioni scientifiche quali la *British Medical Association*, l'*Institute of Medicine* della *National Academy of Science* (USA) e il *Committee on Science and Technology* della Camera dei Lord britannica si sono espressi a favore dell'uso terapeutico della cannabis indica, raccomandando di orientare in tal senso le normative dei rispettivi paesi e promuovendo ulteriori ricerche in questo campo.

Allo stato attuale, in Italia l'uso medico della cannabis indica e le ricerche scientifiche sugli effetti terapeutici dei suoi principi attivi registrano un ritardo rispetto al panorama internazionale sopra delineato, a causa della complessità e delle caratteristiche della normativa.

È noto che i potenziali beneficiari di questa terapia – compresi malati terminali - pur potendo formalmente accedere alla stessa, **hanno notevole difficoltà nell'approvvigionamento** immediato e/o continuativo di tali medicinali registrati all'estero a causa delle procedure previste in materia, e degli ostacoli posti dalla recente Legge n. 49 del 2006.

A rendere ulteriormente difficoltoso l'accesso a tali farmaci contribuisce anche l'insufficiente conoscenza delle procedure da parte dei medici e degli stessi funzionari ASL interpellati dai pazienti, sebbene il Ministero abbia prodotto una serie esaustiva di note e circolari esplicative della materia, reperibili anche nel sito web ministeriale.

Va ricordato che in base alla normativa vigente (D.P.R. 309/90 e successive modificazioni ed integrazioni), è previsto per le sostanze stupefacenti e psicotrope un sistema di classificazione diviso in due tabelle.

La **tabella I** comprende le sostanze stupefacenti e psicotrope suscettibili di abuso e presenti sul mercato illecito, siano o meno contestualmente anche farmaci (esempi: *eroina, morfina, cocaina, amfetamina, cannabis, THC, LSD, ecstasy, GHB, ketamina, salvinorina A, salvia divinorum, mescalina, ecc.*). La **tabella II**, comprende le sostanze stupefacenti e psicotrope con riconosciuta attività farmacologica e cioè i farmaci, indipendentemente dal fatto che essi siano o meno autorizzati all'immissione in commercio sul territorio nazionale. La tabella II è suddivisa in cinque sezioni, indicate con le lettere A, B, C, D ed E, nelle quali sono distribuiti i farmaci e le relative composizioni medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso (esempi: *morfina, codeina, metadone, buprenorfina, fentanyl, pentazocina, GHB, ketamina, metilfenidato, benzodiazepine come diazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam, barbiturici come fenobarbitale, allobarbitale, amfetamine anoressizzanti come amfepramone, fendimetrazina ecc.*).

Tale sistema di tabellazione giustifica la collocazione di alcune sostanze quali **morfina, metadone, GHB, flunitrazepam, ketamina, metilfenidato** tanto nella tabella I, che nella tabella II.

È opportuno evidenziare che la collocazione in tabella II afferma l'attività farmacologia di una data sostanza ed il suo potenziale utilizzo in terapia, sebbene **non significhi l'automatica autorizzazione alla produzione o all'immissione in commercio sul territorio nazionale**, che è regolata da specifiche norme fatte osservare dalla specifica autorità competente, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

La collocazione in tabella II, per contro, può giustificare e consentire l'importazione, nei casi di bisogno, di un medicinale da un Paese estero dove è regolarmente registrato, in applicazione del D.M. 11 febbraio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

I principi attivi della cannabis, *delta-8-tetraidrocannabinolo (Δ^8 THC)* e *delta-9-tetraidrocannabinolo (Δ^9 THC)*, e la variante stereochimica del delta-9-tetraidrocannabinolo, denominata *trans-delta-9-tetraidrocannabinolo (Dronabinol)* sono stati collocati, a seguito delle modifiche apportate al testo unico sugli stupefacenti dalla legge n.49/2006, nella sola tabella I e, pertanto, non potrebbero essere importati o registrati in Italia.

Per ovviare a tale situazione, in grado di arrecare pregiudizio alla salute dei pazienti, sono state adottate ordinanze ministeriali (in data **10 marzo 2006, e 29 novembre 2006**) con le quali, in attesa di poter interpellare il Consiglio Superiore di Sanità, allora in via di ricostituzione, sull'opportunità di inserire le sostanze anche nella tabella II, l'Ufficio Centrale Stupefacenti è stato autorizzato a continuare a rilasciare autorizzazioni all'importazione dei suddetti medicinali registrati nel Paese di provenienza, così come avveniva prima dell'entrata in vigore della Legge n. 49/2006.

In base alla citata Legge 49, la procedura di aggiornamento delle tabelle (ex artt. 2 e 13 del Testo unico) avviene con decreto del Ministero della salute e prevede l'acquisizione, appunto, del parere del Consiglio Superiore di Sanità, nonché di quella del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga (DNPA). Spetta all'Ufficio Centrale stupefacenti

formulare le proposte di aggiornamento delle tabelle, tenuto conto delle nuove evidenze scientifiche e degli orientamenti espressi dall'INCB.

La procedura di aggiornamento delle tabelle ha subito peraltro modifiche rispetto alla iniziale previsione della legge 49. Le funzioni del DNPA, infatti, sono state trasferite al Ministero della solidarietà sociale dalla Legge 17 luglio 2006, n. 233 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 maggio 2006, n. 181, recante disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dei ministeri. Delega al Governo per il coordinamento delle disposizioni in materia di funzioni e organizzazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dei Ministeri*”.

A seguito della ricostituzione del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), tale organo consultivo è stato sollecitamente investito della questione: nella seduta dell'11 c.m. esso si è espresso favorevolmente sulla proposta di inserimento delle sostanze *delta-9-tetraidrocannabinolo* e *trans-delta-9-tetraidrocannabinolo* nella **tabella II, sezione B**.

Pertanto, appena acquisito il prescritto parere del Ministero della solidarietà sociale (che, come ricordato, è subentrato al Dipartimento nazionale delle politiche antidroga) sarà adottato il decreto ministeriale di aggiornamento delle tabelle. La ricollocazione del *delta-9-tetraidrocannabinolo* e *trans-delta-9-tetraidrocannabinolo* nella tabella II, sezione B consentirà all'UCS di continuare a rilasciare i permessi d'importazione per consentire ai pazienti di utilizzare i medicinali non registrati in Italia. Per la prescrizione, sarà sufficiente l'utilizzazione della normale ricetta medica, da rinnovare volta per volta, senza necessità di ricorrere al ricettario speciale.

E' evidente, peraltro, che per venire maggiormente incontro ai pazienti, la soluzione auspicabile sarebbe quella di **poter disporre di medicinali regolarmente autorizzati all'immissione in commercio in Italia e quindi comunemente reperibili nelle farmacie**. Per raggiungere tale scopo è tuttavia necessaria una precisa volontà industriale, dal momento che le autorizzazioni all'immissione in commercio di medicinali sono rilasciate su istanza delle imprese interessate. Il Ministero, pertanto, chiederà all'AIFA, organo competente in materia, di verificare se le Aziende che hanno in commercio tali prodotti in altri Paesi europei intendano chiedere l'autorizzazione anche per il mercato italiano.

Indennizzo in favore dei soggetti danneggiati da emotrasfusione

Il Ministero della salute, attraverso l'Ufficio VIII della Direzione della Programmazione Sanitaria, eroga gli indennizzi ai soggetti danneggiati in modo irreversibile da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti, ai sensi della legge 210/1992 e successive modificazioni.

Nell'anno 2001 è avvenuta, come previsto dal D.P.C.M. 26 maggio 2000, l'attribuzione delle competenze in materia di indennizzi alle Regioni a statuto ordinario, mentre le pratiche relative ai soggetti residenti nelle Regioni a statuto speciale, secondo quanto previsto dall'art. 10 del Decreto legislativo n. 112/98, sono rimaste di competenza statale; pertanto in tali casi l'Ufficio provvede al completamento della procedura amministrativa di riconoscimento del diritto all'indennizzo e all'adozione del relativo provvedimento di liquidazione delle somme dovute ai sensi della citata Legge n. 210.

Inoltre, in base all'accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, spetta al Ministero anche la gestione degli indennizzi già concessi al momento del trasferimento delle funzioni tanto delle Regioni a statuto ordinario che di quelle a statuto speciale. Più precisamente, l'Ufficio si occupa di tutte le variazioni intervenute relativamente a tali indennizzi, come le cancellazioni per decesso, gli aggravamenti, le doppie patologie.

Va detto che nel corso degli ultimi anni si è registrata una crescita particolarmente rilevante del contenzioso giurisdizionale, tanto che questa attività è, al momento, la più gravosa per lo stesso Ufficio. L'attività consiste in primo luogo nella predisposizione di una grande quantità di relazioni da inviare alle Avvocature dello Stato (in media da 60 a 100 al mese) per la difesa in giudizio dell'Amministrazione nelle cause civili pendenti davanti ai Tribunali italiani, quindi nella adozione dei provvedimenti esecutivi delle sentenze di condanna, dei decreti ingiuntivi e degli atti di precetto, che pervengono in numero elevatissimo. Oltre alle cause per ottenere in via giurisdizionale l'indennizzo, gli interessi legali e gli altri benefici previsti dalla Legge, sono state proposte moltissime cause di richiesta del risarcimento del danno biologico ex art. 2043 c.c., per le quali spesso il Ministero è condannato a corrispondere ingenti somme. Recentemente, ad esempio, è stata liquidata una somma di oltre 13.000.000,00 di euro, disposta con sentenza del Tribunale di Bari nei confronti di 53 talassemici che avevano citato in giudizio l'Amministrazione. Attualmente sono oltre 1.500 le sentenze in lista di attesa per essere liquidate, con relative spese legali.

Un altro settore di grandissima importanza è quello dei ricorsi proposti contro il giudizio delle Commissioni mediche ospedaliere ai sensi dell'art. 5 della Legge 210/1992. L'Ufficio svolge la necessaria istruttoria, la invia all'Ufficio Medico Legale per l'acquisizione del parere prescritto e predisponde il Decreto Ministeriale che decide il ricorso stesso. Anche in questo caso i numeri sono molto alti, con una media di 3.000 ricorsi l'anno.

C'è poi l'attività connessa alle istanze di richiesta di notizie, di accesso e/o di copia della documentazione ai sensi della legge n. 241/1990 da parte di singoli cittadini, avvocati, patronati, associazioni, nonché quella legata al rapporto diretto e telefonico con l'utenza. Per gestire tutta questa attività sono utilizzati i fondi stanziati sul capitolo 2.400 del bilancio di questo Ministero. Nel 2007 questo stesso capitolo di bilancio ha potuto contare su uno stanziamento di Euro 107.191.084.

La disciplina normativa che è alla base dell'attività istituzionale dell'Ufficio è in continua evoluzione, in quanto ormai ogni anno vengono approvate nuove norme in materia. Ad esempio, la Legge 20 giugno 2003 n. 141 ha consentito al Ministero di porre fine a numerosi contenziosi pendenti in materia di risarcimento del danno biologico. Attraverso una procedura innovativa, avviata già nel corso dell'anno 2004 e proseguita nel 2005, si è provveduto alla conclusione di oltre 700 transazioni e alla predisposizione di provvedimenti di liquidazione delle somme pattuite in favore di altrettanti soggetti emofilici delle somme concordate con atti di transazione.

Bisogna poi menzionare il D.L. 250/05, convertito con Legge 3/2/2006, n. 27, che ha previsto pagamenti a titolo di ulteriore indennizzo in favore di circa 80 soggetti emofilici che non avevano potuto stipulare transazioni con il Ministero, ma che erano in possesso

dei requisiti previsti dalla citata legge n. 141/2003. Nel corso del 2006 l'Ufficio ha provveduto alla liquidazione delle somme spettanti a tali soggetti.

La legge 29/10/2005, n. 229 ha apportato importanti integrazioni alla Legge 25/2/1992, n. 210, in particolare nella parte in cui viene assegnato a coloro che sono stati danneggiati da vaccinazione obbligatoria un indennizzo ulteriore rispetto a quello già corrisposto, pari a sei, cinque o quattro volte la somma già percepita in relazione alla categoria assegnata a suo tempo. A tali soggetti spetta altresì un assegno una tantum sino alla misura massima di dieci annualità per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo. Inoltre, nel caso in cui dalla vaccinazione obbligatoria sia derivato il decesso, successivamente alla entrata in vigore della Legge, l'aveente diritto può optare tra l'ulteriore indennizzo e un assegno una tantum di €. 150.000,00. La norma appena citata ha previsto uno stanziamento annuo di Euro 30.000.000 sul capitolo 2400 (piano gestionale 2).

Con D.M. 6/10/2006, pubblicato sulla G.U. in data 10/11/2006, sono state definite le modalità procedurali di applicazione della Legge stessa. Attualmente l'Ufficio sta effettuando le operazioni necessarie per la predisposizione e l'adozione dei provvedimenti individuali di liquidazione dei benefici previsti dalla legge n. 229. Nel mese di dicembre sono stati definiti circa 80 provvedimenti. Dopo la necessaria sosta per la chiusura dell'esercizio 2006 e le operazioni per l'apertura dell'anno finanziario 2007, verrà ripresa la procedura di erogazione dei benefici previsti nei confronti degli altri beneficiari (circa 250).

Ci sono poi due questioni per le quali sarebbe auspicabile un intervento del legislatore nel corso del 2007. La prima fa riferimento alla necessità di garantire, attraverso nuovi stanziamenti economici, benefici risarcitori - analoghi a quelli ricevuti dagli emofilici e ora dai vaccinati - anche ai talassemici che, pur presentando molte caratteristiche simili agli emofilici non sono stati destinatari di analoghi benefici.

La seconda fa riferimento alla esigenza di regolamentare alcune situazioni sulle quali nel corso degli anni è stato registrato un intervento giurisprudenziale particolarmente significativo, tale da modificarne sostanzialmente la disciplina rispetto all'originaria interpretazione data alla norma. La principale di tali situazioni è quella relativa alla rivalutazione dell'indennizzo operata sull'intero importo dello stesso, comprensivo dell'indennità integrativa speciale, principio ribadito ormai costantemente dai giudici. Introdurre nell'ordinamento una norma siffatta significherebbe non solo assicurare parità di trattamento tra i danneggiati che hanno ottenuto una pronuncia giurisdizionale e quelli che non hanno ancora intrapreso il giudizio, ma anche poter realizzare un notevole risparmio sulle spese legali attraverso la cessazione della materia del contendere per tutti i giudizi pendenti in materia.

Situazione igienico-strutturale degli ospedali italiani

La situazione igienico strutturale degli ospedali italiani è stata oggetto, come è noto, di una specifica iniziativa ispettiva disposta dal Ministro della salute ed attuata dai NAS dei Carabinieri. In particolare, le ispezioni sono state condotte dai Nas l'8 e il 9 gennaio

scorsi ed hanno riguardato 321 ospedali sul totale dei 672 nosocomi pubblici italiani, così distribuiti: Nord 89, Centro 113, Sud e Isole 119.

Si è trattato di un'azione ispettiva straordinaria per la sua unicità, rapidità di effettuazione ed estensione.

Le ispezioni sono state rivolte alla verifica di:

- ✚ eventuali carenze igieniche e strutturali
- ✚ rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro
- ✚ eventuali irregolarità di natura assistenziale
- ✚ conservazione dei medicinali
- ✚ smaltimento dei rifiuti ospedalieri e umani
- ✚ presenza di fenomeni di assenteismo

E' stata ispezionata quasi la metà degli ospedali pubblici italiani che, per dimensioni e capacità operativa, assorbono oltre il 70% del totale delle attività assistenziali ospedaliere. Dall'esame dei dati risultanti dalle ispezioni fin qui svolte emerge un quadro complessivamente positivo.

Infatti il 46,1% delle strutture non presenta alcuna irregolarità, il 36,4% ha fatto rilevare alcune violazioni meramente amministrative e il restante 17,4% irregolarità che prevedono in base alle normative vigenti la segnalazione all'A.G.

E' bene in primo luogo sottolineare:

- che non è stata predisposta alcuna chiusura per gravi carenze, fatta eccezione per 2 locali deposito non aperti al pubblico, ai quali sono stati posti i sigilli;
- che in tutte le strutture che hanno presentato irregolarità di qualsivoglia natura, è stato comunque verificato che non sono pregiudicati i livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Le carenze sul piano dell'igiene, pulizia e conservazione degli ambienti sono state registrate nel 7,5% della totalità degli ospedali ispezionati, tutti concentrati in quattro regioni. La carenza di requisiti minimi strutturali è stata rilevata nel 2,5% delle strutture ispezionate, concentrate in una regione. La carenza di adeguamento degli impianti di prevenzione infortuni e incendio è invece stata registrata nel 5,3% dei casi, concentrata anch'essa in una regione.

Da segnalare, poi, la presenza di alcune partite di farmaci e reagenti diagnostici scaduti nel 2,5% dei casi, concentrati in sette regioni.

Tra le infrazioni non segnalate all'A.G. si segnalano alcune irregolarità nel rispetto delle norme di divieto di fumo, intonaci con parti scrostate, linoleum con piccole lacerazioni, pavimentazioni non livellate, ecc.

I dati emersi (allegati 1, 2 e 3) sono stati valutati congiuntamente con gli Assessori regionali alla sanità e con il Presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani.

L'analisi condivisa ha ritenuto opportuno che gli episodi di disfunzione rilevati, pur se marginali, siano oggetto di specifici e immediati provvedimenti da adottare nelle strutture interessate. Si tratta di un'operazione di trasparenza con le Regioni senza atti di imperio del governo.

La gestione del rischio clinico

Anche se non direttamente correlato al problema dell'igiene e della pulizia in ambito sanitario, appare opportuno richiamare in questa sede le iniziative in atto su un altro versante attinente in ogni caso al tema della sicurezza delle cure, in questi giorni quanto mai attuale.

Mi riferisco alle politiche di gestione del rischio clinico, note come Risk Management, finalizzate a prevenire la possibilità di errore o malpractice in ambito clinico assistenziale.

In proposito è bene sottolineare che gli eventi avversi che possono provocare danni alla salute dei cittadini a seguito di interventi chirurgici o alla somministrazione di terapie farmacologiche o per inefficienza del sistema, sono purtroppo possibili.

Le cause possono essere diverse, ma frequentemente sono tra loro interconnesse:

- l'errore "umano" propriamente detto, compiuto dal medico o da altro personale sanitario durante un intervento chirurgico o nella somministrazione di un farmaco o di una terapia
- l'errore causato da insufficienze organizzative di sistema che può provocare un malfunzionamento dei protocolli di intervento, nelle procedure assistenziali che precedono l'operazione chirurgica o durante il periodo di riabilitazione del paziente

In realtà l'errore umano è quasi sempre legato a carenze organizzative del sistema, ad esempio per carenza di formazione, scarsa comunicazione, mancata manutenzione delle apparecchiature e altro.

Ognuna di queste cause può essere affrontata con mezzi efficaci per ridurre la possibilità di errore o l'inefficienza del sistema, anche se la possibilità che, anche in un sistema perfetto, con medici e personale competenti, possa comunque verificarsi un errore, è umanamente impossibile evitarla del tutto.

Le azioni in atto del Ministero della Salute

Abbiamo in atto sei direttive di marcia di seguito riassunte in questo schema:

Tema	Obiettivo
Il governo del rischio clinico	Affrontare la sicurezza dei pazienti in un'ottica di miglioramento della qualità globale del sistema sanitario. Per questo è stato già istituito nel mese di dicembre 2006 il "Centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti"
Monitoraggio e analisi degli eventi avversi	Attivazione del "Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" (SIMES).
Raccomandazioni	Fornire indicazioni per prevenire il verificarsi di eventi avversi
Formazione	Diffondere strumenti uniformi per aumentare le competenze degli operatori
Coinvolgimento dei cittadini, pazienti ed utenti	Rendere cittadini e pazienti protagonisti della propria salute e dei propri percorsi assistenziali
Aspetti medico-legali ed assicurativi	Una nuova legge per la responsabilità professionale e per l'assicurazione obbligatoria di Asl e Ospedali

Vediamole più in dettaglio.

Il governo del 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 coinvolgono 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 lavorerà il "Centro di riferimento Nazionale sulla sicurezza dei pazienti", che in Italia ancora non c'era e che abbiamo provveduto a istituire lo scorso mese di dicembre, 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, è stato poi concordato con le Regioni di pervenire alla stipula di un'intesa sul Programma Nazionale per la promozione permanente della Qualità nel SSN, che conterrà, tra l'altro, un capitolo dedicato al tema sicurezza dei pazienti.

Il monitoraggio

Abbiamo già preparato un sistema per l'allarme sui cosiddetti eventi sentinella e cioè quegli eventi di particolare gravità che una volta segnalati devono essere oggetto di immediate analisi e verifiche per capire cosa non ha funzionato.

Il modello è pronto ora bisogna applicarlo in tutti gli ospedali.

E' stato inoltre messo a punto uno specifico "Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità" (in sigla SIMES), che diventerà uno degli strumenti del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Le raccomandazioni

Si tratta di una serie di indicazioni per la prevenzione degli errori nelle procedure che una volta messe a punto sui singoli aspetti sanitari e organizzativi (al momento ne sono state già realizzate 3 e se ne stanno ultimando altre 12), vengono diramate in tutte le Asl e gli ospedali.

La formazione degli operatori

Siamo avanti anche su questo aspetto fondamentale.

Sono stati infatti già elaborati diversi programmi specifici e un vero e proprio "Manuale di formazione sulla sicurezza e gestione del rischio clinico" a disposizione di tutti gli operatori italiani.

Il coinvolgimento dei cittadini

Il problema della Sicurezza deve essere affrontato con la partecipazione attiva di tutte le componenti. In particolare di cittadini, pazienti e familiari.

Per arrivare a questo obiettivo stiamo preparando una serie di materiali informativi che saranno distribuiti negli ospedali e abbiamo predisposto delle vere e proprie campagne di comunicazione rivolte ai cittadini sul rischio clinico e la sicurezza delle cure.

L'atto del "Consenso informato" del paziente alle cure deve essere migliorato.

Oggi è spesso solo una formalità burocratica che il cittadino firma senza neanche conoscere bene il contesto e la dinamica degli interventi sanitari a cui verrà sottoposto.

Deve invece diventare un atto di vera e propria consapevolezza del cittadino sulle terapie e sugli interventi chirurgici a cui sarà sottoposto, compresi naturalmente i rischi, la percentuale di riuscita dell'intervento, le possibili complicazioni e la presenza di ogni eventuale alternativa terapeutica.

E' importante anche la comunicazione dell'errore che deve avvenire in modo trasparente e onesto. La comunicazione dell'errore è un diritto del paziente, un dovere delle organizzazioni sanitarie e rappresenta uno dei principali pilastri su cui costruire un approccio di sistema per la sicurezza dei pazienti e la gestione degli errori in sanità.

In proposito è in via di pubblicazione da parte del Ministero della Salute una raccomandazione specifica sulla comunicazione dell'errore, secondo un approccio innovativo, in linea con le politiche che gli altri Paesi europei stanno seguendo, basato sulla garanzia del diritto dei pazienti a ricevere una comunicazione trasparente ed onesta in tutti i casi in cui si verifica un errore che ha determinato un evento avverso.

Aspetti medico legali e assicurativi

E' tempo che la questione sia affrontata e regolamentata con una nuova legge che abbia come obiettivi principali:

- garantire percorsi rapidi e snelli per il risarcimento del danno ai cittadini
- dare maggiore serenità agli operatori con la previsione di assicurazioni obbligatorie di copertura dei danni da parte delle Asl e degli Ospedali
- evitare il diffondersi della cosiddetta "medicina difensiva" che porta a fare più esami diagnostici del necessario e quant'altro non indispensabile per la cura del paziente ma utile solo a salvaguardare l'immagine e l'operato professionale dell'operatore in caso di un eventuale controversia legale
- favorire la segnalazione degli errori da parte degli operatori, prevedendo l'obbligatorietà della segnalazione ma garantendone contestualmente la riservatezza e ciò perché dall'errore si deve poter apprendere per prevenire meglio, mentre oggi per paura di conseguenze legali c'è una sostanziale omertà nelle segnalazioni da parte degli operatori

La Conferenza di Arezzo

Sempre in tema di rischio clinico voglio infine ricordare la realizzazione della "Prima conferenza europea sul risk management" promossa dal Ministero della Salute lo scorso mese di dicembre. che ha visto riuniti ad Arezzo i massimi esperti internazionali del settore per un proficuo scambio di esperienze e linee di azione operative.

Infezioni ospedaliere

Un capitolo a parte merita il problema delle *infezioni ospedaliere*. Le cure mediche, come è noto, non sono prive di effetti collaterali: ogni atto medico porta con sé, a fronte del beneficio della cura o della diagnosi, un rischio di effetti collaterali. In ospedale il cittadino si sottopone a trattamenti diagnostici e terapeutici che includono manovre invasive, quali cateterismo, endovenose ed altro; una metà dei cittadini che va in ospedale lo fa per sottoporsi ad un trattamento chirurgico. Queste "invasività" interrompono temporaneamente l'equilibrio immunitario del paziente, aprendo ed entrando in spazi solitamente chiusi e sterili.

Inoltre il cittadino ospedalizzato spesso si trova, per la sua malattia, in condizione di debolezza immunitaria ed è quindi più suscettibile alle infezioni. Infine la vita di comunità dell'ospedale espone il singolo individuo a rischi di contagio dagli altri individui con lui ricoverati, ma anche dal personale ospedaliero, abitualmente colonizzato da germi ormai residenti nell'ambiente ospedaliero e spesso selezionati per resistere ad antibiotici e disinfettanti usati in quell'ambiente. Tutto questo rende ineluttabile e mai completamente evitabile il rischio di acquisire un'infezione ospedaliera.

Nei nostri 672 ospedali ogni anno vengono effettuati circa nove milioni di ricoveri ordinari, quasi la metà di questi per intervento chirurgico. Dal 4,5 al 7% di questi pazienti acquisisce un'infezione ospedaliera. Si tratta di infezioni della ferita chirurgica, infezioni urinarie, infezioni dell'apparato respiratorio e, più raramente, setticemie. La stragrande maggioranza di queste infezioni è lieve e trattabile con successo, ma circa l'1% degli infettati ne riceve conseguenze mortali. Un terzo di queste infezioni sono dimostratamente prevenibili con misure semplici: il lavaggio delle mani degli operatori, la riduzione dei cateterismi non indispensabili, la disinfezione preparatoria della cute e la profilassi delle ferite, la mobilitazione precoce del paziente allettato e la ginnastica respiratoria.

Organizzativamente è dimostrato che la presenza di un Comitato Ospedaliero per il Controllo delle Infezioni, la presenza di un buon sistema di sorveglianza e l'attività di almeno una infermiera addetta al controllo delle infezioni, riduce sensibilmente il rischio dei pazienti.

La pulizia ambientale, lo stato delle strutture, il decoro dell'ospedale, non sono direttamente correlate al rischio infettivo, anche se sono indicatori di cattiva qualità di gestione. Il controllo delle infezioni non è dipendente da drastiche ristrutturazioni ambientali, nemmeno dipende da sofisticate tecnologie diagnostiche microbiologiche, bensì è praticabile con successo ovunque, come dimostra l'esperienza di molti ospedali di prima linea africani.

Da oltre vent'anni nel nostro Paese sono state emanate linee guida ed indicazioni sulla sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere. In particolare è stato raccomandato di costituire in ogni ospedale un Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere e di dedicare un infermiere al sistema di sorveglianza interno. Un'indagine del 2000 rilevava che solo un ospedale su due aveva istituito questo comitato e solo nella metà era presente un infermiere addetto al controllo delle infezioni. Anche al fine di rinnovare una strategia di contrasto efficace nei confronti delle infezioni ospedaliere, il 10 ottobre scorso è stato avviato in 14 Regioni italiane il "Progetto nazionale cure sicure" (allegato 4) di prevenzione e lotta alle infezioni ospedaliere, con l'obiettivo di puntare ad una riduzione significativa dell'incidenza delle infezioni ospedaliere in rapporto ai ricoveri. Il 9 gennaio 2007 hanno aderito al progetto anche le restanti Regioni.

Il "Progetto nazionale cure sicure" prevede, in particolare, di:

- ✚ sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie;
- ✚ sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, residenziale e domiciliare, e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale;

- ✚ definire specifici requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e al controllo delle infezioni;
- ✚ promuovere l'adesione di pratiche assistenziali basate su valide e certificate conoscenze scientifiche ("evidence-based") attraverso: a) la diffusione di Linee Guida; b) la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- ✚ realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

Indagine conoscitiva sul rispetto delle regole e dei protocolli di sicurezza ed igiene negli ospedali italiani

Indipendentemente dalle attività ispettive, ordinarie e straordinarie, svolte dai NAS, il Ministero della salute ha deciso di avviare un'apposita *Indagine conoscitiva sul rispetto delle regole e dei protocolli di sicurezza ed igiene negli ospedali italiani*. In particolare verranno raccolte le seguenti informazioni:

Informazioni di carattere generale

1. Caratteristiche della struttura ospedaliera
2. Affidamento della attività di pulizia e sanificazione degli ambienti
3. Classificazione degli ambienti in aree a rischio differenziato

In caso di pulizie gestite in appalto a ditta esterna

4. dati riguardanti il contratto per la fornitura del servizio di pulizia/sanificazione;
5. indicazione delle aree oggetto del contratto di appalto, secondo la scala di rischio precedentemente indicata, e la loro superficie in metri quadri;
6. specificazioni riguardanti il capitolato allo scopo di verificare, in particolare, se prevede, oltre alle pulizie continuative, anche pulizie periodiche;
7. livello di dettaglio informazioni/prescrizioni del capitolato tecnico;
8. fornitura o disponibilità di materiali e attrezzature nell'ambito del servizio appaltato;
9. esistenza di personale dell'Azienda sanitaria dedicato al controllo delle pulizie ambientali effettuate dalla ditta in appalto;
10. metodi di controllo utilizzati;
11. eventuali ricadute dell'esito del controllo di qualità sui compensi;
12. tipologie di inadempienze riguardanti la qualità del servizio verificatesi nel corso del 2006.

In caso di pulizie gestite da personale dell'Azienda Sanitaria

13. numero di operatori addetti alle operazioni di pulizia e disinfezione;

14. esistenza nelle aree sanitarie (reparti/servizi/ambulatori/sale operatorie) di protocolli/procedure operativi scritti e documentati riguardanti la pulizia/sanificazione;
15. formazione del personale addetto alle pulizie e sanificazione;
16. personale dell'Azienda sanitaria dedicato al controllo della gestione delle pulizie ambientali.

Informazioni sulla gestione dei rifiuti

I risultati di questa indagine saranno disponibili entro il prossimo mese di aprile.

Gli investimenti per l'ammodernamento delle strutture sanitarie

Da questo pur sommario riepilogo delle carenze igienico-strutturali emerse di recente, anche a seguito dell'ispezione straordinaria effettuata dai NAS, e più in generale in relazione alla vetustà del nostro patrimonio ospedaliero, si sottolinea l'impegno del Governo per la accelerazione dei lavori di ristrutturazione già in corso e per la rapida presentazione dei nuovi progetti di ammodernamento. A tal fine la legge finanziaria 2007 ha elevato da 17 a 20 miliardi di euro i finanziamenti previsti a partire dalla legge 67/'88 per il programma pluriennale di edilizia e ammodernamento del nostro sistema sanitario.

Di tale ammontare risultano essere stati finora spesi 14,5 miliardi, con una disponibilità residua di 5,5 miliardi (di cui 3 stanziati appunto dalla finanziaria 2007). Di questi ultimi sono già disponibili in "Tabella D" della finanziaria 1 miliardo di euro, ai quali vanno ad aggiungersi ulteriori 500 milioni che, in base alle disposizioni vigenti, sono stati recuperati in quanto non ancora utilizzati.

I rimanenti 4 miliardi di euro saranno invece erogati una volta presentati i programmi di investimento per la quota parte di 1,5 miliardi fino a completamento degli accordi di programma con le Regioni. Da rilevare tuttavia che, ai fini di un completo e pieno adeguamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche ai requisiti minimi strutturali previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, l'ammontare dei fondi residui ex art. 20 risulta, ovviamente, insufficiente. Per una stima del fabbisogno finanziario effettivo può essere utile far riferimento ad uno specifico approfondimento condotto congiuntamente con le Regioni in un apposito tavolo di lavoro presso la Conferenza Stato-Regioni.

Anche in questo ambito occorre definire una progettualità condivisa per l'unitarietà del sistema. Nella prossima riunione dell'8 febbraio discuteremo dei tempi di attuazione e di quale progetto è utile per la sanità del Paese.

Da sottolineare, infine, che per la prima volta nel programma di un Governo la sanità è riconosciuta non più come mero fattore di spesa pubblica, ma come potenziale volano per lo sviluppo economico del Paese. In questa direzione va la decisione di inserire il comparto sanitario nell'ambito dei settori interessati al quadro strategico nazionale 2007-2013, che avrà a disposizione complessivamente 123 mld (al Mezzogiorno sarà dedicato l'85% dei Fondi nazionali destinati alla politica regionale e cioè circa 100 miliardi di euro) e potrà contare, per la prima volta congiuntamente, sia di risorse dei Fondi strutturali e del relativo cofinanziamento nazionale, sia di risorse del Fondo aree sottoutilizzate; questo si tradurrà in tempestività e certezza nella programmazione degli investimenti.