

Relazione dell'. On. Livia Turco al Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

Apprezziamo che il Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 affronti il tema della tutela della salute nell'ambito delle politiche di sviluppo del Paese.

In un momento difficile dell'Italia, prendersi cura della salute delle persone, a partire da quelle più fragili come le persone anziane o quelle affette da malattie rare o disabilità gravi, valorizzare le professionalità mediche e le professioni sanitarie, promuovere la sicurezza delle cure, costruire finalmente il secondo pilastro della sanità attraverso la riorganizzazione della medicina territoriale costituisce una scelta di responsabilità e di lungimiranza. Che apprezziamo e sosteniamo. Nel decreto legge sono contenute scelte importanti, per certi versi ineludibili che noi intendiamo valorizzare non nascondendoci però il quadro di difficoltà in cui il provvedimento si inserisce.

Mi riferisco alla riduzione per il 2012 delle risorse per il Fondo sanitario nazionale di ben 1 miliardo di Euro ed al dissenso espresso dalle Regioni sul provvedimento in esame.

L'esperienza ci dimostra che solo attraverso una forte e solida alleanza istituzionale, solo attraverso il governo condiviso con le regioni si può realizzare una azione efficace.

Dunque, fin dall'inizio dell'esame del provvedimento esprimiamo la profonda preoccupazione per la rottura che si è verificata su questo punto tra Governo e Regioni e, sollecitiamo il governo a creare le condizioni perché si ricostruisca un'azione convergente e condivisa con le Regioni.

Senza azione convergente Governo-Regioni, senza una valutazione credibile delle risorse, le riforme si infrangono e si riducono ad essere "leggi manifesto".

Non possiamo correre questo rischio. Non possiamo esporre un progetto così ambizioso ed urgente di riforma del sistema sanitario a ridursi ad un insieme di annunci.

L'on. Barani, nella sua relazione, ha ripercorso con puntualità l'esame dei singoli articoli. Pertanto, mi limito a sottolineare gli aspetti che consideriamo più rilevanti e/o problematici e ad indicare fin da ora una griglia di emendamenti tesi a migliorare il provvedimento.

La riorganizzazione della medicina territoriale, per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione con la specialistica ambulatoriale, attraverso l'associazionismo dei medici di famiglia, e l'integrazione tra prestazioni offerte dai medici di famiglia, i

medici della continuità assistenziale, i medici della guardia medica, gli specialisti ambulatoriali, i pediatri (cui credo sia opportuno aggiungere gli infermieri e promuovere il collegamento con i servizi sociali) previsto dall'articolo 1, è un processo avviato in molte regioni secondo modelli differenti che ha portato in talune realtà a sperimentare “le Case della Salute”.

Tuttavia è importante che ci sia una norma di indirizzo che acceleri e renda omogeneo sul territorio nazionale questo processo, reso tanto più urgente dopo il provvedimento sulla “Spending review” che ha imposto una riduzione dei posti letto e dell'assistenza ospedaliera. Bisogna demandare alle regioni le modalità organizzative più congrue al proprio territorio, e affidare alla legislazione il compito di realizzare una maggiore integrazione di tutte le categorie professionali operanti con il Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti, il medico di famiglia, figura cruciale del sistema, potrà svolgere la sua funzione di presa in carico del paziente solo attraverso un lavoro di squadra e di equipe con le altre professioni. I cittadini, specie le persone con problemi di cronicità, devono essere presi in carico all'interno di un percorso di cura e assistenza unitario. Le molte risposte di cui necessita un problema così complesso (risposte mediche, sociali ed economiche) non devono essere composte insieme dal paziente o dalla sua famiglia, ma

devono entrare tutte in una modalità di presa in carico globale, attraverso sportelli unici ed equipe multidisciplinari. Questo è l'obiettivo fondamentale del Decreto legge.

L'articolo 1 prevede che l'organizzazione del sistema delle cure primarie deve avvenire “nei limiti delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale a legislazione vigente”.

Sappiamo, dall'esperienza di regioni come la Toscana, l'Emilia ed il Veneto, che l'investimento nella medicina territoriale realizza nel medio e lungo periodo una riduzione di spesa. Ma l'avvio del processo riformatore comporta investimenti in tecnologie, strutture, professionalità che difficilmente possono essere sostenuti con una sola azione di riconversione, riallocazione e riutilizzo delle risorse.

La relazione tecnica allegata all'articolo 1 prevede come unico risparmio quello che deriva dall'evitare in alcune fasce orarie (24-8) la sovrapposizione fra servizi d'emergenza 118 e continuità assistenziale della medicina territoriale. Troppo poche per avviare un cambiamento così significativo. Bisogna, dunque, con il contributo di tutti ed ascoltando i suggerimenti che verranno dalle audizioni previste, **creare le condizioni per rendere effettivo l'articolo 1**. Su questo punto, in particolare, intendiamo formulare degli emendamenti.

Di grande rilievo è l'articolo 3, relativo alla responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie. Favorire una relazione di fiducia, tra medico e paziente, combattere la medicina difensiva, è una priorità delle politiche della salute. Per questo riteniamo utile cogliere l'occasione di questo decreto legge per dare una risposta più esaustiva al problema secondo le linee contenute nel DDL in esame al Senato, condiviso tra tutte le forze politiche e le professioni sanitarie.

L'on. Barani indica nella sua relazione un indirizzo interessante su cui potremmo convergere nella predisposizione di un testo condiviso.

Valutiamo come molto positivo l'articolo 4 relativo al governo clinico in cui vengono introdotte misure di trasparenza nella nomina dei direttori generali, dei dirigenti medici e sanitari e per il coinvolgimento delle professioni sanitarie al governo del sistema. Troviamo in questo articolo proposte che abbiamo avanzato nel corso di questa legislatura e che già erano state previste nel DDL "Norme per la qualità e la sicurezza delle cure" collegato alla legge finanziaria del 2008.

Riteniamo che l'articolo 4 possa essere arricchito e completato prevedendo strumenti e procedure per la valutazione degli esiti e della qualità del sistema sanitario che, nonostante iniziative regionali lodevoli, costituisce una grave carenza nel nostro

sistema. Riteniamo debba essere soppressa la previsione contenuta nell'ultimo periodo dell'articolo 4 comma c, là dove si stabilisce la possibilità di non confermare l'incarico al dirigente medico e sanitario che ha conseguito una valutazione positiva del suo operato sulla base dell'articolo 9, comma 32 della legge 30 luglio 2010, n.122.

Infine, mi soffermo sull'articolo 5 relativo all'aggiornamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA).

Nel mio operato di Ministro della salute avevo dedicato molto impegno per l'aggiornamento del decreto relativo ai livelli essenziali di assistenza che costituisce il cuore del diritto alla salute. Il decreto, come è noto, conteneva misure innovative importanti connesse ad un incremento delle risorse finanziarie. Quel decreto fu rimosso perché furono ridotte dai governi successivi le risorse al sistema sanitario nazionale. Abbiamo insistito con determinazione in questi anni di opposizione perché il Governo procedesse a tale aggiornamento. E' dunque motivo di soddisfazione leggere una norma che prevede che tale aggiornamento avvenga entro una data certa, dicembre 2012 e contenga come prioritario la riformulazione dell'elenco delle malattie croniche, delle malattie rare e le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia. L'aggiornamento dei LEA non è solo un'azione

aggiuntiva ma costituisce una rivisitazione delle prestazioni assistenziali per garantire il diritto alla salute. Esistono anche i LEA “obsoleti” definiti in base a una valutazione superata dei bisogni di salute e contengono cure inappropriate e, pertanto, vanno cancellati. Per lasciare spazio ai nuovi bisogni di salute e alle prestazioni necessarie. Tra queste vogliamo segnalare, come prioritarie, l’aggiornamento del nomenclatore tariffario degli ausili delle protesi e l’analgesia epidurale.

La definizione dei LEA deve essere condotta in relazione con la valutazione delle risorse necessarie. Ci auguriamo che questo avvenga e che sia la base per siglare quel nuovo patto della salute cui anche la discussione e l’approvazione di questo decreto deve dare un contributo prezioso.