

CAMERA DEI DEPUTATI

XVI LEGISLATURA

Giovedì 20 settembre 2012

Giovedì 20 settembre 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il ministro della salute, Renato Balduzzi.

DL 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. C. 5440 Governo. (Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 19 settembre 2012.

Gero GRASSI, presidente, avverte che, a seguito di quanto è emerso nella riunione dell'ufficio di presidenza svoltasi nella giornata di ieri, in considerazione della particolare complessità del provvedimento in titolo, la presidenza della XII Commissione ha assunto la decisione di nominare un secondo relatore, nella persona dell'onorevole Livia Turco.

Da, quindi, la parola all'onorevole Turco, affinché possa formulare le proprie considerazioni in merito al provvedimento di cui è divenuta relatrice, insieme all'onorevole Barani.

Livia TURCO (PD), relatore, mostra apprezzamento per il fatto che il decreto-legge in oggetto affronti il tema della tutela della salute nell'ambito delle politiche di sviluppo del Paese. In un momento così difficile per l'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. Un approccio di questo tipo è, a suo avviso, particolarmente apprezzabile e, pertanto, va sostenuto. Attraverso il decreto-legge in esame sono state effettuate scelte importanti, per certi versi ineludibili, che s'intende valorizzare, ma non per questo si può nascondere il contesto di difficoltà nell'ambito del quale tale provvedimento si inserisce.

Fa riferimento, in particolare, alla riduzione per il 2012 delle risorse per il Fondo sanitario nazionale di ben un miliardo di euro ed al dissenso espresso dalle regioni sul provvedimento in esame.

Rileva come l'esperienza dimostri che solo attraverso una forte e solida alleanza istituzionale, solo attraverso la condivisione da parte delle regioni si può realizzare un'azione efficace.

Dunque, esprime fin dalla fase iniziale dell'esame del provvedimento la profonda preoccupazione per la rottura che si è verificata su questo punto tra Governo e regioni, sollecitando il Governo a creare le condizioni perché si ricostruisca un'azione convergente e condivisa con le regioni.

Sottolinea che senza un'azione convergente tra Governo e regioni, senza una valutazione credibile delle risorse, le riforme si infrangono e si riducono ad essere «leggi manifesto». A suo avviso, va assolutamente scongiurato il rischio di esporre un progetto così ambizioso ed urgente di riforma del sistema sanitario per poi ridursi ad un insieme di annunci.

Ricorda che l'onorevole Barani, nella sua relazione, ha esaminato con puntualità il contenuto dei singoli articoli, ragion per cui in questa sede preferisce limitarsi a sottolineare gli aspetti che considera più rilevanti o problematici e ad indicare fin da ora una griglia di proposte di modifica tese a migliorare il testo del provvedimento.

Rileva quindi come 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 ritiene sia opportuno aggiungere gli infermieri e promuovere il collegamento con i servizi sociali – previsto dall'articolo 1, sia un processo avviato in molte regioni secondo modelli differenti, che ha portato in talune realtà a sperimentare le cosiddette «Case della Salute».

Reputa 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 cosiddetta «spending review» che ha imposto una riduzione dei posti letto e dell'assistenza ospedaliera, demandando poi alle regioni la definizione delle modalità organizzative più congrue rispetto al proprio territorio, e affidando alla legislazione nazionale 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, specialmente le persone con problemi di cronicità, devono essere presi in carico all'interno di un percorso di cura e assistenza unitario. Le molteplici 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 uno degli obiettivi fondamentali perseguiti attraverso il decreto-legge in oggetto.

Rileva inoltre che l'articolo 1 prevede che l'organizzazione del sistema delle cure primarie debba avvenire «nei limiti delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale a legislazione vigente». Come è noto sulla base dell'esperienza di regioni come la Toscana, l'Emilia ed il Veneto, 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 specifica, con riferimento all'articolo 1, come l'unico risparmio derivi dal fatto di evitare in alcune fasce orarie (24-8) la sovrapposizione fra servizi d'emergenza 118 e continuità assistenziale della medicina territoriale. Rilevato che si tratterebbe di un risultato troppo modesto, evidenzia la necessità di creare le condizioni per rendere effettivo l'articolo 1, con il

contributo di tutti ed ascoltando i suggerimenti che deriveranno dalle audizioni previste. Preannuncia che su questo punto, in particolare, intende formulare degli emendamenti.

Evidenzia poi la disposizione di cui all'articolo 3, relativo alla responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie, considerandola una norma di grande rilievo. Favorire una relazione di fiducia tra medico e paziente, combattere la medicina difensiva, è una priorità delle politiche della salute. Per questo ritiene utile cogliere l'occasione offerta da questo decreto-legge per dare una risposta più esaustiva al problema, secondo le linee contenute nel disegno di legge in cui si affronta questo tema, attualmente in corso di esame al Senato, condiviso tra tutte le forze politiche e le professioni sanitarie. Fa presente che sul punto l'onorevole Barani nella sua relazione ha indicato una soluzione interessante, intorno alla quale si può realizzare una convergenza, nell'ottica della predisposizione di un testo condiviso.

Valuta poi 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. In tale articolo sono state recepite diverse proposte presentate dal gruppo del Partito democratico nel corso di questa legislatura e già previste nel provvedimento recante: «Norme per la qualità e la sicurezza delle cure», collegato alla legge finanziaria del 2008.

Ritiene, in particolare, 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. A suo giudizio, dovrebbe essere soppressa quella parte della disposizione che prevede 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.

Un altro tema considerato di particolare importanza è quello relativo all'aggiornamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA), di cui all'articolo 5 del provvedimento.

Ricorda che nel corso del suo operato in qualità di Ministro della salute aveva dedicato un grande impegno per favorire l'aggiornamento del decreto relativo ai livelli essenziali di assistenza, che costituisce il cuore del diritto alla salute. Il decreto, contenente misure innovative importanti la cui attuazione era connessa ad un incremento delle risorse finanziarie, fu rimosso a causa della riduzione delle risorse in favore del Sistema sanitario nazionale da parte dei Governi successivi. Ricorda quindi come negli ultimi anni, stando all'opposizione, il Partito democratico abbia insistito con determinazione affinché il Governo procedesse a tale aggiornamento. Esprime dunque la propria soddisfazione nel leggere il testo di una norma che preveda che tale aggiornamento avvenga entro una data certa – dicembre 2012 – e che preveda come priorità la riformulazione dell'elenco delle malattie croniche, delle malattie rare e le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia. Ritiene che l'aggiornamento dei LEA non sia solo un'azione aggiuntiva ma che costituisca una rivisitazione delle prestazioni assistenziali per garantire il diritto alla salute. Esistono anche i LEA «obsoleti» in quanto definiti in base a una valutazione superata dei bisogni di salute, contenenti cure inappropriate e che, pertanto, vanno cancellati, al fine di lasciare spazio ai nuovi bisogni di salute e alle prestazioni necessarie. Tra questi ultimi segnala,

come priorità, l'aggiornamento del nomenclatore tariffario degli ausili delle protesi e l'analgesia epidurale.

Poiché la definizione dei LEA deve essere condotta in relazione alla valutazione delle risorse necessarie, auspica che questo avvenga al più presto e che costituisca la base per siglare il nuovo Patto della salute al quale la discussione e l'approvazione del decreto in esame deve dare un contributo prezioso.

Carminio Santo PATARINO (FLP), riservandosi di intervenire sul merito del provvedimento nel corso del prosieguo dell'iter, in questa fase si sofferma in particolare su alcune disposizioni, tra cui quella dell'articolo 4, concernente il governo clinico. Ricorda come il dibattito svoltosi presso la XII Commissione sul disegno di legge A.C. 278 e abbinate, in materia di governo delle attività cliniche, sia stato particolarmente ampio e complesso e come da tale discussione sia scaturito un primo testo, approvato all'esame in Assemblea e quindi rinviato in Commissione e come, a seguito di tale rinvio, sia stato elaborato un nuovo testo, il cui esame in sede referente si è concluso. Ricorda, in particolare, di aver sempre sostenuto il principio del concorso per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura ospedaliera, mentre nel predetto testo licenziato dalla Commissione si prevede che il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, con l'obbligo di motivarne la scelta.

Reputa poi positivo il fatto che il decreto-legge in esame affronti il tema della ludopatia, fenomeno che coinvolge un numero crescente di persone, specialmente tra le fasce giovanili della popolazione.

Ricordando la definizione data dal Ministro Balduzzi al decreto in oggetto, come atto «di manutenzione straordinaria», evidenzia come, a suo avviso, esso costituisca un'occasione importante, da non lasciarsi sfuggire. A questo proposito, rileva che è sicuramente importante che si realizzi un'azione di convergenza tra Governo e regioni, come precisato dall'onorevole Turco nella sua relazione introduttiva, ma che l'obiettivo principale da perseguire sia quello della realizzazione di un livello di tutela della salute più elevato, abbattendo le significative differenze esistenti tra le varie regioni per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Vincenzo D'ANNA (PT), rileva che il decreto-legge emanato dal Governo reca interventi concernenti una sanità che versa in condizioni disastrose, in quanto agli elevati costi sostenuti non corrisponde affatto la qualità delle prestazioni erogate.

Accade poi che il pagamento di talune prestazioni sia posto a carico dei pazienti in alcune regioni piuttosto che in altre, ciò che richiederebbe una revisione del numero e della tipologia degli interventi.

Per quanto riguarda specificamente la cosiddetta «assistenza h24», rileva come risulti inspiegabile l'esclusione delle strutture sanitarie private accreditate, il cui coinvolgimento consentirebbe significativi risparmi conseguenti all'utilizzazione della strumentazione a disposizione delle strutture medesime.

Rileva inoltre la necessità di aggiornare tutti i nomenclatori tariffari, e non solo quelli espressamente richiamati dall'onorevole Turco.

Anticipa altresì l'intenzione di presentare un emendamento al provvedimento in esame che preveda l'istituzione di un Osservatorio sui prezzi delle prestazioni sanitarie, non comprendendo la ragione per cui presso il Ministero della salute esistono osservatori di tutti i tipi, ma non sulle tariffe e sui costi sanitari.

Gero GRASSI, presidente, fa notare all'onorevole D'Anna come, a suo avviso, non sia corretto parlare di una «sanità disastrosa» con riferimento all'esperienza italiana che, al di là dei disavanzi venutisi a creare, costituisce comunque un modello invidiabile e preso come riferimento anche da parte di altri Paesi, per il suo carattere universalistico.

Vincenzo D'ANNA (PT) precisa che nel suo intervento si riferiva ad una situazione disastrosa dal punto di vista specificamente economico.

Gero GRASSI, presidente, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.