

La riforma sanitaria approda in aula: la relazione del presidente della Quarta Commissione MATTIA CIVICO

Si percepisce il clima di trasversale, e per ora unanime soddisfazione, rispetto al testo che oggi approda in Aula. Questo clima di trasversale e unanime soddisfazione è il frutto di un percorso, di un lavoro che abbiamo fatto insieme, e credo che sia una buona prova della politica in trentino. Solitamente la rappresentazione che si dà della politica non sempre è lusinghiera. Oggi invece credo che stiamo dando prova di qualità e serietà anche in quest'Aula, con questo testo e con il lavoro che lo ha preceduto.

Dico questo, perché veramente i sei mesi di lavoro in Commissione sono stati dedicati all'ascolto, all'approfondimento, all'analisi, allo studio, al dialogo tra le parti, tra le categorie. Lo hanno già detto alcuni colleghi che mi hanno preceduto: 126 persone sono arrivate in Commissione, rappresentative di molti mondi, della sanità, del sociale, delle categorie, delle professioni. Vorrei dire tutti i soggetti interessati a questo tema hanno potuto dire una parola e un'opinione rispetto al lavoro che stavamo facendo. La mole anche della documentazione che ho voluto allegare alla mia relazione introduttiva, testimonia anche la densità del contributo che la comunità ha dato in questo percorso.

Mi viene da trarne una piccola annotazione: è buona politica quando è una politica aperta al dialogo, al confronto e all'incontro fra chi la politica la fa per un servizio nelle Istituzioni, e chi vive nella comunità e nella società tutti i giorni, nell'impegno anche professionale rispetto ai temi che stiamo affrontando.

Vorrei soffermarmi su alcuni temi, che in questi mesi ci hanno visto impegnati come Gruppo consiliare, con la collega Sara Ferrari e -lasciatemelo dire- anche con tutto il mio partito. Sono molto soddisfatto del lavoro che non solo come Gruppo consiliare o come singoli rappresentanti nelle Istituzioni abbiamo fatto su questo tema: sono anche molto contento del lavoro che nel mio partito c'è stato su questo tema. Quando i partiti servono a creare dibattito, ad organizzare la partecipazione, ad ascoltare, ad approfondire allora veramente svolgono fino

in fondo la loro funzione.

Vorrei partire dal titolo di questo disegno di legge: “Tutela della salute”. Questo disegno di legge unificato non si chiama “Organizzazione dell’azienda sanitaria”. Si chiama tutela della salute in trentino. È un testo quindi che segna un’ambizione forte, che non è meramente organizzativa, ma è la concretizzazione del desiderio di compiere uno sforzo normativo e legislativo, per dare una risposta ampia a quelle che sono le esigenze della salute nella nostra comunità.

È evidente che la salute ampiamente intesa non è solo assenza di malattia. L’Organizzazione Mondiale della Sanità la definisce come “*uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale*”: non solo fisico ma anche psichico, anche sociale. La salute ha a che fare non soltanto con il funzionamento del nostro organismo, ma ha a che fare anche con le nostre relazioni, con il nostro tasso di benessere ampiamente inteso.

Questa definizione che dà l’Organizzazione Mondiale della Sanità sulla salute, amplia i confini dei significati e amplia i confini delle responsabilità in tema di salute.

Se la salute è anche benessere sociale, è chiaro a tutti che la responsabilità della promozione della salute non può essere in capo unicamente all’azienda sanitaria. Deve vedere coinvolto fortemente ogni livello di responsabilità nella nostra comunità, fino a coinvolgere il singolo cittadino, la famiglia, la scuola, i comuni, le comunità. Se salute è anche benessere psichico, è evidente che ogni agenzia educativa, la famiglia, la scuola, i luoghi di aggregazione, sono importanti e vanno considerati e coinvolti quando parliamo di promozione della salute.

Una comunità sana, robusta dal punto di vista delle relazioni e della protezione sociale, attenta ai bisogni fondamentali della persona, che si impegna per contrastare le forme di emarginazione sociale, che pratica l’inclusione, che difende l’ambiente come patrimonio collettivo, è una società più attenta alla salute in questa accezione ampia e fedele.

Accreditati studi internazionali, hanno effettuato una stima quantitativa

dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzato come indicatore indiretto dello stato di salute. I fattori socio – economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40 – 50% a determinare la salute di una comunità, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20 – 30%, l'eredità genetica, la biologia per un altro 20 – 30%, la qualità dei servizi sanitari per un 10 – 15%.

Oggi quindi stiamo compiendo una riflessione ed un accompagnamento nell'iter legislativo estremamente importante, che se fosse soltanto veramente la mera organizzazione dell'azienda sanitaria, dovremmo dirci che andiamo ad incidere per quel 10% determinante della salute.

Il testo invece si chiama opportunamente “Tutela della salute in trentino”, e credo che contenga in sé l'ambizione di farsi carico del 100% dei determinanti della salute. Alcune cose ci sono in questo disegno di legge unificato, altre cose evidentemente non sono oggetto di norma e di legge, ma richiederanno atti amministrativi che vanno in questa direzione.

Vedo in questo testo unificato, la volontà collettiva nostra di Consiglio Provinciale, ma evidentemente anche della Giunta, di perseguire questo sforzo di fare un ragionamento ampio sui determinanti della salute per una tutela della salute così ampiamente intesa.

La promozione della salute e la tutela della salute è una responsabilità che certamente sta in capo ai servizi sanitari specialistici e di base del territorio, ma è una responsabilità ampiamente condivisa anche con le comunità. In questo sta lo sforzo che in questi sei mesi il Partito Democratico e il Gruppo consiliare a cui appartengo, ha svolto in Commissione e nei molteplici incontri che hanno accompagnato questo iter.

Il ruolo delle comunità.

Trovo centrato il fatto che all'Articolo 9, il Consiglio per la salute e la Conferenza dei consigli, si ribadisca il ruolo delle comunità locali, il ruolo della comunità di valle che andiamo a realizzare nell'autunno di quest'anno. Questa riforma sanitaria si pone in mezzo a due altre grandi riforme, quella istituzionale

da un lato, e quella sociale del welfare dall'altro.

La sanità in questo quadro ha suo posto ed ha un suo sistema di relazioni con la comunità: bene che sia confermata l'Azienda unica evidentemente, ma ci siamo chiesti in questi mesi quale rapporto ha questa Azienda unica, quale rapporto ha l'ospedale con la dimensione dei territori, delle comunità e dei comuni. È stato un dibattito importante, approfondito, delicato, che siamo riusciti a ricomporre anche nelle diverse sensibilità.

Io credo che nell'Articolo 9, nel disegno di governance che vi è contenuto, c'è una prima risposta a questo quesito. Viene ribadita la centralità nell'organizzazione e quindi nella predisposizione del piano sanitari delle comunità. È riconosciuto alle comunità e ai comuni il ruolo di promotori e di corresponsabili della salute.

L'altra cartina tornasole che ci ha impegnati in maniera forte, è il tema dell'integrazione socio - sanitaria.

Ci sono molti servizi di cui il cittadino ha bisogno, che spesso è difficile capire se sono di competenza esclusiva della sanità o esclusiva del sociale. Faccio un esempio: nei servizi domiciliari per gli anziani, dove inizia e dove finisce la prestazione sanitaria, e dove inizia e finisce la prestazione socio - assistenziale? Davvero l'operatore sanitario che entra nelle case non svolge anche una funzione socio - assistenziale? Non ha forse anche occhi, cuore, testa per rendersi conto di qual è il sistema di relazioni, che coinvolge la persona oggetto della sua prestazione? Non è in grado di sostenere tutto il sistema di relazioni e di considerarli un valore aggiunto, di tenerne conto quindi nell'erogazione del servizio? Io credo che i servizi agli anziani, piuttosto che i servizi per le persone con disabilità, l'area materno - infantile, l'area della psichiatria, quelle aree che vengono definite come aree dell'integrazione socio - sanitaria, necessitino di un forte coordinamento e di una compenetrazione.

È vera integrazione se c'è integrazione delle culture, che motivano, animano e muovono questi due comparti.

Riconosco alla sanità la capacità e la cultura prestazionale, la puntualità nel definire un intervento. Altrettanto va riconosciuto al sociale la capacità che il sociale e al comparto socio - assistenziale ha nel mobilitare, nella presa in carico complessiva e totale.

Il nostro trentino penso possa andare orgoglioso, non solo in Italia, di quello che ha costruito in questi anni in termini di qualità della sanità e di qualità del welfare. Dobbiamo avvicinare queste due eccellenze: nessuno è cenerentola rispetto all'altro. Dobbiamo investire in formazione continua, in ricerca, sia per quanto riguarda la sanità, sia per quanto riguarda il welfare.

L'integrazione socio - sanitaria c'è, se c'è un dialogo ed una piena collaborazione fra sociale e sanitario, e c'è, se c'è una piena collaborazione fra livello provinciale e livello di comunità. Questi quattro poli sono stati l'oggetto del nostro dibattere in questi mesi: il rapporto fra Provincia e territorio, il rapporto fra sociale e sanitario sul tema dell'integrazione socio - sanitaria. Abbiamo trovato - io credo - un buon punto di equilibrio, che fa salvi tutti i principi contenuti nella Legge 13, approvata nella scorsa legislatura. Nello stesso tempo, assegna quella marcia in più al luogo dell'integrazione socio - sanitaria, individuando i punti unici d' accesso sui territori a livello delle comunità. Dobbiamo guardare alle questioni che qui trattiamo con gli occhi del cittadino. Ognuno di noi ha nelle orecchie senz' altro i racconti di pazienti che fanno la via crucis o il giro tra un ambulatorio e l'altro per capire che servizio può essere erogato, e quale è la diagnosi rispetto al proprio problema.

L'integrazione socio - sanitaria c'è, se c'è la possibilità di avere un unico punto di accesso, quindi un luogo a cui riferirsi, ed è responsabilità di questo luogo integrare i diversi servizi, ed integrare le diverse culture che questi servizi vanno a sostenere. Credo allora che questa partita, che insieme abbiamo giocato sull'integrazione socio - sanitaria, sia un'importantissima risposta che diamo oggi ai cittadini in maniera molto concreta.

Negli assetti di direzione dell'Azienda Sanitaria, è stata prevista la figura del Direttore dell'integrazione socio - sanitaria. Mi auguro che il futuro Direttore

Generale sappia individuare una figura, non necessariamente medica, competente nella capacità di integrazione delle culture di riferimento. Lì non abbiamo bisogno di un medico specialista: lì abbiamo bisogno di una competenza in grado di integrare realmente servizi che hanno – questo va detto – culture di riferimento a volte diverse, ma utilmente diverse se poi vengono integrate fra loro.

Nello sforzo di promozione dell'integrazione, il lavoro fatto in Commissione di dialogo con i territori e con le risorse che sulla comunità, con le realtà che lavorano nell'ambito dell'integrazione socio – sanitaria, potrà costituire la base per predisporre i regolamenti attuativi della 13 che stiamo attendendo e che vorremmo collaborare nel definire.

Per finire: due questioni mi pare rimangono aperte. Lo dico con la convinzione che ogni Legge è perfettibile, e ogni Legge non esaurisce i temi, ma evidentemente ne apre degli altri, e ci consegna la responsabilità di continuare il dibattito che abbiamo iniziato.

Il primo tema che vorrei porre, e che penso possa essere affrontato anche con atti amministrativi, è il tema della medicina di base. Più volte è ricorso nell'ambito delle nostre audizioni, la preoccupazione e a volte un po' di insoddisfazione, rispetto all'organizzazione della medicina di base, a come questa si colloca istituzionalmente rispetto ad azienda sanitaria e comuni, comunità di valle in prospettiva.

Forse nei futuri accordi che si andranno a definire troveremo una soluzione, un punto di equilibrio più convincente. Credo che il medico di base, il medico di territorio, il medico di famiglia sia una risorsa straordinaria ma dobbiamo metterli nella condizione di fare meglio e più efficacemente il loro lavoro: il medico entra nelle case, vede e si rende conto di come sta il paziente, ma si rende anche conto delle condizioni sociali, psicofisiche delle persone che esprimono un bisogno, e forse sarebbe interessante rafforzare il rapporto da un lato con l'azienda sanitaria, e dall'altro anche con comuni e comunità del medico di base.

L'altra questione, che secondo me potrebbe impegnare il dibattito oltre la rifor-

ma sanitaria, riguarda il tema dell'ospedale unico e del rapporto che il nuovo ospedale Trentino dovrebbe avere con il livello extraprovinciale. Credo che i tempi siano maturi, anche sulla base dell'accordo votato nel corso del Dreierlandtag, l'assemblea che riunisce le assemblee legislative di Trento Bolzano e Innsbruck, ad ottobre dell'anno scorso, che prevede la costituzione del Gruppo Europeo di collaborazione transfrontaliera. Iniziamo a collocare il tema della salute, anche in termini extraprovinciali.

Lavoriamo con Bolzano, con Innsbruck e approfondiamo il dialogo rispetto ai piani della salute: proviamo ad alzare la barra della qualità, a renderla sempre di più una sanità europea. Proviamo ad offrire ai nostri medici esperienze di confronto e di scambio di competenze e buone prassi con altre realtà oltre confine.

Io credo che questa riforma sanitaria, con tutto ciò che anche culturalmente permette, apre e sollecita, e con tutti gli atti amministrativi che potranno evidentemente seguire dopo l'approvazione di questa riforma sanitaria, consegnano al Trentino di domani la prospettiva di una sanità migliore.

Grazie.

Trento, Consiglio Provinciale, 14 luglio 2010