

DISEGNO DI LEGGE

Modificazioni della legge provinciale sulla tutela della salute 2010: riduzione delle liste d'attesa per l'accesso dei pazienti alle prestazioni sanitarie e conferimento al Difensore civico delle funzioni di Garante per il diritto alla salute.

Relazione introduttiva

Il progressivo invecchiamento della popolazione conseguenza dell'allungamento dell'età media della vita, unitamente alla cronicizzazione di alcune patologie (la medicina di oggi è in grado di curare sempre meglio, ma non sempre di guarire), rappresentano alcuni dei principali problemi che riguardano la nostra comunità. Compito delle istituzioni, sia quelle politiche come Consiglio e Giunta provinciale, sia quelle "operative", a partire dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, è quello di trovare delle soluzioni concrete che sappiano aiutare tutti i cittadini, a cominciare da coloro che trovandosi in stato di salute precaria, o di malattia, vivono situazioni di difficoltà e sofferenza. A conferma di questa situazione di difficoltà, basti ricordare i dati forniti dalle organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di salute e sanità, i quali ci dicono che la spesa sanitaria è in crescita, così come cresce, anche nel nostro Paese, la cd. povertà sanitaria.

Il "Rapporto 2017 - Donare per curare: povertà sanitaria e donazione farmaci", presentato nel novembre 2017 dalla Fondazione Banco Farmaceutico onlus con il contributo del comitato tecnico scientifico composto da Caritas Italiana, Associazione Medicina e Persona e ACLI, certifica nuovamente, qualora ce ne fosse ancora bisogno, alcuni record negativi del nostro Paese. In particolare:

- aumenta la povertà sanitaria complessiva e anche quella tra i minori (i poveri minorenni sono il 21,6%);
- rinuncia alle cure il 33% dei non poveri: una persona su tre è stata costretta a rinunciare almeno una volta ad acquistare farmaci o ad accedere a visite, terapie o esami, mentre il 16% ha sommato tutte le tipologie di rinuncia. Il 26% ha rinunciato almeno una volta a visite, esami o terapie, e circa la metà di questo sottogruppo ha dovuto rinunciare tre o più volte alla cura nel corso dell'anno. Chi rinuncia di più sono i lavoratori atipici (il 51%), seguiti da casalinghe (40%) e pensionati (40%);
- il 10% degli italiani non può permettersi il ticket per visite mediche ed esami del sangue;

- in 13 milioni rinunciano alle cure: nel 2015 è cresciuto di un milione (rispetto al 2014), arrivando a oltre 13 milioni, il numero di italiani che hanno limitato visite ed esami per motivi economici: sono 20 famiglie non povere e 42 famiglie povere su cento.

I dati non richiedono grandi commenti: in estrema sintesi possiamo dire che cresce la richiesta di prestazioni sanitarie e contestualmente cresce la spesa sanitaria, e una parte sempre maggiore della popolazione non riesce più ad accedere alle cure, neppure quelle in regime convenzionato.

Anche sul versante trentino cresce la richiesta di accertamenti diagnostici, visite ed interventi terapeutici, e l'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento non sempre riesce a dare risposte adeguate e tempestive, col rischio che l'eventuale errata o ritardata diagnosi della patologia o del suo aggravamento possa pregiudicare lo stato di salute del paziente. Da un'analisi dei tempi di risposta della sanità trentina, con particolare riferimento alle cd. liste di attesa, emerge che, nel triennio 2015-2017, sia i giorni di attesa mediana, sia ancor di più i giorni di attesa media, si sono allungati. In particolare, l'analisi comparativa dei dati forniti dall'Azienda sanitaria nel triennio 2015-2017, evidenzia una generale dilatazione ed aggravamento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Come si può facilmente capire dalla tabella allegata (dati estrapolati dal sito internet dell'Apss), la situazione è pesante e potenzialmente pericolosa per i cittadini: i tempi di attesa si sono dilatati fino ad arrivare in alcuni casi a superare i 2 mesi di attesa (visita gastroenterologica 62 gg., visita urologica 63 gg, colonscopia 79 gg.). Il dato riportato è però parziale, considerato che i tempi di attesa pubblicati dall'Azienda sanitaria si riferiscono alle sole 42 prestazioni sottoposte a monitoraggio, ma è noto che per molte altre prestazioni sanitarie non sottoposte a controllo, i tempi di attesa sono ancor più lunghi e, in taluni casi, il CUP non dispone neppure delle date disponibili, e non di rado chiede al paziente di richiamare quando l'Agenda delle prenotazioni sarà operativa.

Di fronte a una sanità pubblica in evidente difficoltà, il cittadino che non può attendere i tempi sopra descritti è costretto (se il reddito glielo consente) a rivolgersi alla "sanità privata" a partire dall'attività libero-professionale intramuraria (Alpi).

Per il Ministero Italiano della Salute, la libera professione intramuraria, nota come intramoenia: "si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura e la spesa, come tutte le spese sanitarie, è detraibile dalle imposte. Le prestazioni sono generalmente le medesime

che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione".

La definizione data dal Ministero evidenzia alcuni aspetti importanti, che vale la pena evidenziare:

1. La prestazione sanitaria è erogata dai medici dello stesso ospedale al di fuori del normale orario di lavoro;
2. La prestazione sanitaria (visita-esame) è generalmente la stessa che il medico eroga sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
3. Il regime di libera professione garantisce al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi.

Il progressivo peggioramento dell'offerta sanitaria pubblica, anche a causa della cattiva programmazione sanitaria, ha di fatto aumentato il ricorso all'attività libero professionale, la quale, agli occhi dei cittadini spesso è vista come una sorta di "concessione" che lo Stato ha fatto alle corporazioni mediche, del tipo "io Stato non posso pagarti di più ma ti consento di lavorare fuori". Concessione che non di rado è percepita come fonte di disuguaglianza e di corruzione (basti citare gli articoli giornalistici che descrivevano situazioni di medici che agevolavano le strutture private anche suggerendo operazioni non necessarie), e talvolta come un'ingiusta gabella che il cittadino è costretto a pagare per ottenere quella prestazione sanitaria alla quale avrebbe comunque diritto.

Anche nel contesto Trentino, l'esperienza insegna che, a fronte di lunghi tempi di attesa nel pubblico, in regime di libera professione i tempi sono corti se non cortissimi: se vai con la ricetta rossa della sanità pubblica aspetti mesi, se paghi il medico in libera professione intramuraria sono sufficienti pochi giorni di attesa, in regime di extramoenia (libera professione esercitata dai medici fuori dalle strutture ospedaliere pubbliche) anche poche ore.

E' evidente che tale situazione non è tollerabile, posto che chi paga le tasse ha diritto ad avere prestazioni adeguate e tempestive, e risulta pertanto opportuno intervenire cercando una possibile soluzione a questa vera e propria discriminazione di trattamento, tra chi può spendere danari nella libera professione sanitaria e chi invece è costretto ad attendere i tempi biblici della sanità pubblica.

Il presente DDL cerca, quindi, di dare una risposta al problema descritto, intervenendo su più fronti, in particolare:

articolo 1: prevedendo l'apertura, oltre il normale orario, di almeno un presidio sanitario per almeno una sera la settimana e almeno due domeniche al mese, allo scopo di aumentare il tempo dedicato all'erogazione di prestazioni sanitarie in regime convenzionato (con la ricetta/impegnativa del medico);

articolo 2: istituendo un sistema di monitoraggio e pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, distinti per ogni struttura, pubblica e privata convenzionata, ospedaliera e distrettuale;

articolo 3: istituendo la figura del responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA), che risponde dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano per il contenimento dei tempi di attesa e delle attività di monitoraggio e pubblicazione dei dati. I RULA sono riuniti in un comitato al quale partecipano anche l'assessore alla sanità e il direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

articolo 4 e 5: disponendo la sospensione dell'attività libero professionale intramuraria laddove vi sia un divario eccessivo tra i tempi di attesa in libera professione intramoenia e i tempi di attesa in regime convenzionato. La sospensione viene revocata allorquando i tempi di attesa della prestazione in regime convenzionato tornino a essere compatibili con quelli necessari in regime libero-professionale;

Infine, allo scopo di aumentare le tutele nei confronti dei cittadini trentini, l'articolo 6 propone di attribuire al difensore civico la funzione di "Garante per il diritto alla salute": il ddl prevede che ciascun cittadino/destinatario di prestazioni sanitarie potrà rivolgersi gratuitamente al difensore civico, per segnalare eventuali disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria. Il Garante per il diritto alla salute potrà intervenire a tutela del diritto leso, sia invitando il rappresentante legale dell'amministrazione interessata a provvedere tempestivamente a garantire il rispetto delle normative vigenti, sia con i poteri e le modalità già proprie del difensore civico, sia, infine, compiendo visite ispettive presso le strutture sanitarie ed ospedaliere. Il presente disegno di legge mira, quindi, a sostituire la "logica del costo" con la "logica dell'investimento". Invece di risparmiare tagliando servizi sanitari, specie nelle valli, si pensa ad investire nella sanità pubblica, nella convinzione che il grado di civiltà di un Paese si misura anche nella capacità di dare risposte alle persone più fragili.

L'articolo 7 completa il disegno di legge prevedendo una clausola valutativa finalizzata al controllo dell'attuazione della legge provinciale e alla valutazione degli effetti prodotti dalla medesima.

Allegato:**Tabella di rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.**

| Prestazione | 2017 | | 2016 | | 2015 | |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | TdA medio (giorni) | TdA mediana (giorni) | TdA medio (giorni) | TdA mediana (giorni) | TdA medio (giorni) | TdA mediana (giorni) |
| Visita oncologica | 11 | 9 | 12 | 8 | 10 | 8 |
| Mammografia | 33 | 31 | 24 | 20 | 28 | 24 |
| TAC Torace | 16 | 11 | 18 | 14 | 20 | 17 |
| TAC Addome superiore | 17 | 15 | 21 | 23 | 18 | 16 |
| TAC Addome inferiore | 15 | 11 | 14 | 10 | 10 | 8 |
| TAC Addome completo | 16 | 13 | 19 | 18 | 20 | 19 |
| RM Cervello e tronco encefalico | 22 | 21 | 18 | 17 | 23 | 19 |
| RM Pelvi, prostata e vescica | 14 | 12 | 13 | 8 | 20 | 14 |
| Ecografia Addome | 14 | 12 | 15 | 11 | 23 | 20 |
| Colonscopia | 79 | 47 | 72 | 42 | 43 | 29 |
| Esofagogastroduodenoscopia | 22 | 21 | 24 | 22 | 24 | 26 |
| Visita cardiologica | 33 | 13 | 32 | 20 | 28 | 20 |
| Visita chirurgia vascolare | 29 | 23 | 29 | 29 | 29 | 24 |
| Ecocolordoppler cardiaca | 40 | 18 | 32 | 18 | 26 | 23 |
| Ecocolordoppler tronchi sovra aortici | 35 | 29 | 28 | 26 | 27 | 21 |
| Ecocolordoppler vasi periferici | 29 | 26 | 25 | 24 | 23 | 19 |
| Elettrocardiogramma | 18 | 7 | 19 | 7 | 19 | 8 |
| Elettrocardiogramma holter | 24 | 16 | 23 | 19 | 24 | 25 |
| Elettrocardiogramma da sforzo | 41 | 19 | 31 | 19 | 33 | 20 |
| Visita ginecologica | 21 | 17 | 22 | 19 | 22 | 19 |
| Ecografia Ostetrica-Ginecologica | 22 | 22 | 22 | 23 | 22 | 22 |
| Visita neurologica | 22 | 21 | 21 | 22 | 22 | 20 |
| TAC Capo | 15 | 13 | 14 | 10 | 15 | 12 |
| TAC Rachide e speco vertebrale | 16 | 12 | 17 | 15 | 20 | 20 |
| Audiometria | 26 | 27 | 25 | 23 | 23 | 22 |
| Spirometria | 22 | 16 | 19 | 14 | 17 | 12 |
| Fondo Oculare | 40 | 21 | 36 | 23 | 27 | 21 |
| Visita dermatologica | 47 | 24 | 36 | 26 | 28 | 27 |
| Visita oculistica | 39 | 16 | 40 | 19 | 49 | 26 |
| Visita otorinolaringoiatrica | 25 | 20 | 27 | 24 | 21 | 20 |
| Visita ortopedica | 18 | 18 | 16 | 13 | 13 | 9 |
| Visita urologica | 63 | 42 | 41 | 20 | 30 | 12 |
| RM Muscoloscheletrica | 17 | 14 | 13 | 10 | 15 | 13 |
| RM Colonna vertebrale | 18 | 13 | 16 | 10 | 20 | 11 |
| Ecografia Capo e collo | 13 | 10 | 15 | 10 | 26 | 24 |
| Visita gastroenterologica | 62 | 21 | 51 | 18 | 31 | 14 |
| Visita pneumologica | 28 | 12 | 36 | 12 | 27 | 11 |
| Elettromiografia | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 23 |
| Visita fisiatrica | 27 | 25 | 22 | 19 | 24 | 21 |
| Visita endocrinologica | 39 | 14 | 43 | 27 | 32 | 19 |
| Ecografia della mammella (bilaterale) | 26 | 18 | 30 | 23 | 60 | 40 |

Il proponente**Cons. Claudio Cia**