



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 12

13^a COMMISSIONE PERMANENTE (Territorio,
ambiente, beni ambientali)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE FERRUCCIO
FAZIO SULLE TEMATICHE CONNESSE AI DISEGNI DI LEGGE
NN. 270, 369, 589, 677, 706, 1063 e 1442 SULLO SVILUPPO
DELLE ISOLE MINORI

156^a seduta: martedì 16 febbraio 2010

Presidenza del presidente D'ALÌ

I N D I C E

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio sulle tematiche connesse ai disegni di legge nn. 270, 369, 589, 677, 706, 1063 e 1442 sullo sviluppo delle isole minori

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 10
* FAZIO, <i>ministro della salute</i>	8
RANUCCI (PD)	7

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP, Io Sud e Autonomie: UDC-SVP-IS-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Interviene, ai sensi dell'articolo 46 del Regolamento, il ministro della salute Ferruccio Fazio.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio sulle tematiche connesse ai disegni di legge nn. 270, 369, 589, 677, 706, 1063 e 1442 sullo sviluppo delle isole minori

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del Ministro della salute, professor Ferruccio Fazio, sulle tematiche connesse ai disegni di legge nn. 270, 369, 589, 677, 706, 1063 e 1442 sullo sviluppo delle isole minori.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ringrazio l'onorevole Ministro per la tempestività e la puntualità con la quale ha risposto alla nostra richiesta di audizione e gli cedo subito la parola per ascoltare la sua relazione.

FAZIO, *ministro della salute*. Presidente, ringrazio lei e la Commissione per l'invito, che mi consente di approfondire una tematica particolarmente cara al Ministero della salute che (come suggerito anche dall'Unione Europea) vi sta dedicando una particolare attenzione. È noto, infatti, che i problemi sanitari delle isole minori, richiedono analisi e interventi specifici proprio per ridurre gli svantaggi e le fragilità strutturali che caratterizzano queste situazioni geografiche.

Occorre ricordare, in linea preliminare, che la sanità esprime dei bisogni che sono terminali di processi che nascono e si sviluppano nelle problematiche della vita sociale e ambientale e, nella fattispecie, proprie delle isole di piccole dimensioni e che riguardano l'ambiente, il lavoro, l'educazione, la scuola, i trasporti, ma anche l'accesso e l'impatto turistico, fino anche all'approvvigionamento idrico ed energetico (e ci ricollegiamo qui al disegno di legge in gestazione in questa Commissione).

Sono tutti aspetti che si riflettono sui fabbisogni e la domanda di salute e, di conseguenza, sulla organizzazione dell'assistenza sanitaria: non solo dell'urgenza-emergenza e della risposta ospedaliera per le fasi acute delle patologie ma anche, e soprattutto, nella assistenza primaria di base e in tutte le fasi di prevenzione, diagnosi precoce e, infine, riabilitazione e controllo dell'intero processo clinico e assistenziale.

Per affrontare il problema e accelerare lo sviluppo di soluzioni, è stata definita una metodologia di analisi, affidata all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, al fine di affrontare con un medesimo approccio le isole minori del nostro Paese, che sono tantissime e, peraltro, collocate in contesti regionali molto differenti per organizzazione e gestione sanitaria.

Lo scopo è quello di identificare le principali criticità e le problematiche comuni ma, al tempo stesso, di trovare anche le soluzioni che sono specifiche per ogni singola realtà, la quale contiene differenze significative legate alla dimensione, alla collocazione geografica, alla vicinanza col continente e alla sua dipendenza, alla vitalità produttiva e culturale, alle vocazioni economiche e sociali che rappresentano.

Alcune delle maggiori criticità che possono essere incontrate dalle popolazioni delle isole sono: anzitutto, la difficoltà nelle comunicazioni, che può essere superata con l'utilizzo delle tecnologie; il fatto che piccole popolazioni non raggiungono la massa critica necessaria per la presenza di specialisti e di attrezzature costose, difficili da usare e che richiedono *expertise* specifiche; la continuità assistenziale, che è a mio avviso un punto assolutamente cruciale; la necessità di raggiungere un corretto bilanciamento tra i residenti trasferiti per trattamenti e il personale sanitario da condurre sull'isola; la difficoltà nel reclutamento di personale medico altamente specializzato e, al tempo stesso, l'isolamento professionale che può essere superato con la telemedicina e una specifica formazione.

Alla luce di queste considerazioni l'approccio metodologico dell'analisi si è concentrato sulle caratteristiche della domanda ospedaliera, ambulatoriale e di urgenza, della morbilità e mortalità, sotto forma di percorso orizzontale o di processo clinico assistenziale per gruppi di popolazione, per patologie più rilevanti e per branche specialistiche e, quindi, sulla «continuità assistenziale» quale strumento per raggiungere un risultato d'efficienza e, al tempo stesso, di efficacia.

I fabbisogni di salute in genere vengono letti trasversalmente sulla base dei processi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione (cioè dall'inizio alla fine del percorso terapeutico); ma anche di promozione e di educazione alla salute, prevenzione nei vari livelli (primaria, secondaria, eccetera), diagnosi precoce, terapia nei vari gradi di complessità chirurgica e medica (dall'alta complessità tecnologica fino alla bassa assistenza domiciliare) per giungere alla riabilitazione, controllo e *follow-up*. Da ciò scaturisce un livello d'analisi e riprogettazione della rete di strutture e delle funzioni sanitarie, particolarmente rilevante proprio nella situazione delle isole di piccole dimensioni, orientato a pianificare l'appropriatezza delle attività necessarie alla maggior parte dei percorsi del paziente/cittadino.

Infatti, una delle problematiche più complesse della programmazione sanitaria nelle piccole comunità è rappresentata dalla scelta di quali servizi offrire *in situ* e per quali altri, invece, predisporre il trasferimento dei pazienti, sia che si tratti di prestazioni d'emergenza che programmate. Tale

scelta, naturalmente, dipende anche dalla dimensione delle isole e dalla distanza e dai collegamenti di queste con la terraferma.

A tal proposito, un aspetto molto delicato è rappresentato dalla gravidanza e dal parto. Infatti, a livello nazionale ed europeo la soglia minima di sicurezza per una struttura è di 500 parti l'anno per punto parto (al di sotto della quale si va in fase di inappropriatazza) e questo è sicuramente un numero difficile da raggiungere nelle isole minori. Inoltre queste ultime presentano anche dei problemi di carattere psicologico, che non vanno sottovalutati, legati alle convinzioni dei loro abitanti, come nel caso in cui si sostiene che se tutti i parti avvenissero sulla terraferma non vi sarebbe più nessun vero cittadino originario di quell'isola.

Si potrebbe immaginare di offrire un doppio canale, un'offerta doppia, per dare alla popolazione il tempo di convincersi che, in effetti, non è così grave che non vi siano più nati nell'isola (al giorno d'oggi anche a Brookhaven non vi sono più abitanti nati lì, ma nessuno vi presta attenzione).

Questi sono tutti aspetti che vanno considerati, non tenendo conto solo dell'aspetto sanitario ma anche di quello psicologico, culturale e sociale delle piccole isole, che vedono proprio nel senso d'isolamento e di diversificazione un problema particolarmente importante. Naturalmente, anche il rapporto con il 118, con il pronto soccorso e con l'elitransporto sono aspetti importanti da considerare. Bisogna poi tener presente che quando valutiamo di trattare un paziente non sull'isola ma sul continente, avendo sempre presente l'aspetto sociale, dobbiamo occuparci anche della questione dell'accompagnatore. Non possiamo, infatti, lasciare solo il paziente, che dovrà sempre avere qualcuno che l'accompagni (in caso di parto, ma non solo). Dobbiamo predisporre un percorso di continuità, con dei ricoveri protetti ma anche approntando situazioni di *overnight* per gli accompagnatori che, in qualche modo, andranno tutelati da un punto di vista normativo. Quindi, vi sono anche una serie di aspetti sociali.

Di fatto, le principali criticità che l'analisi ha osservato riguardano non tanto la carenza di tecnologie o specialisti, ma soprattutto di progetti e obiettivi di salute; è molto importante partire dal fabbisogno di salute nel senso di pianificare azioni «coordinate e integrate» dentro e fuori dall'isola con le funzioni del continente, per rispondere ai fabbisogni in modo puntuale attraverso la «continuità assistenziale».

Spesso si è osservata – non solo in base ai nostri dati – la mancanza di una positiva relazione tra domanda e offerta; la causa di tale discrasia è da ricercarsi all'interno di situazioni sociali cariche di accentuati fenomeni di malessere, sui quali grava la carenza di un «progetto integrato di assistenza sociosanitaria» che coinvolga tutti gli attori del sistema sanitario, ma anche altre istituzioni, come la scuola e gli enti locali. Proprio per questo credo che il nostro progetto si inserisca nel lavoro che questa Commissione sta svolgendo.

La sanità viene vissuta dai residenti prevalentemente come un problema la cui soluzione è rappresentata unicamente da tecnologie, attrezza-

ture o specialisti e non come la partecipazione a un percorso responsabile, teso ad evitare comportamenti dannosi, a ridurre i rischi e centrato sulla promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce.

Con riferimento alle caratteristiche del personale, l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda, come caratteristica auspicabile nelle isole, la presenza di medici generalisti e la creazione di canali di comunicazione/telecomunicazione – ci si riferisce alla telemedicina – per i consigli di esperti a distanza. Suggerisce, inoltre, l'addestramento di *staff* non sanitario in grado di valutare quando è necessario l'intervento medico e capace di compiere un filtro.

La questione che emerge è la solitudine, un altro aspetto importante delle isole, non tanto del paziente quanto degli operatori impegnati esclusivamente, o per una gran parte della loro attività, nei centri di piccole dimensioni (aspetto significativo anche per le comunità montane e non soltanto per le isole) che rischiano una riduzione dell'esperienza e delle capacità di gestione della malattia e del paziente che, a loro volta, alimentano atteggiamenti di preoccupazione e di incertezza. I medici di medicina generale ed il personale infermieristico che operano in condizioni di isolamento, necessitano, quindi, di capacità né migliori né peggiori ma diverse da quelle delle professionalità operanti nei centri urbani e devono affrontare una casistica più ampia, con possibilità di elevata reperibilità. Trovare personale con queste caratteristiche non è semplice; in questo senso alcuni Paesi, ma non l'Italia (si tratta pertanto di una questione su cui il Ministero deve riflettere), si sono attrezzati per la formazione di professionisti specifici per l'assistenza nelle aree più isolate.

In conclusione, compito del progetto avviato (il Ministero è disposto ed interessato a relazionare periodicamente a questa Commissione) è verificare le criticità e le eventuali carenze che caratterizzano l'attuale risposta sanitaria alla domanda delle popolazioni delle isole minori, al fine di comprendere i fabbisogni necessari, ma anche quelli latenti e inespresi, attraverso le informazioni disponibili.

Il secondo compito è quello di formulare proposte e soluzioni appropriate e coerenti con i Livelli essenziali di assistenza, tenendo presente che potrebbe individuarsi un livello essenziale di assistenza per le isole minori. Ci si riferisce al trasporto, alla telemedicina e ad una serie di aspetti peculiari e particolari. Tutto questo va fatto seguendo le indicazioni del piano sanitario nazionale, che ha affrontato per la prima volta nello specifico la problematica delle isole minori (ma credo che di ciò la Commissione sia a conoscenza) ed i piani delle Regioni di appartenenza, ma anche le esperienze organizzative e gestionali considerate «buone pratiche» e mutuabili nel Paese attraverso una proposta operativa di miglioramento specifica per ciascuna realtà.

Il Ministero, nel rispetto del Titolo V della Costituzione, intende con questo progetto dare raccomandazioni alle Regioni coinvolte, peraltro un piano simile deve essere necessariamente condiviso con le Regioni. Vorrei ricordare che il coordinamento di tale progetto è stato affidato all'assessorato della Regione Sicilia proprio in considerazione della numerosità delle

sue isole e delle particolari problematiche. Riconosco che la tale Regione sta lavorando molto bene, in maniera puntuale. Ringrazio la dottoressa Baraldi dell'AGENAS che trascorre molto tempo nella Regione Sicilia come *trait d'union* tra il Ministero e la Regione.

Compito del Ministero, nel rispetto delle competenze nazionali e regionali, è la fattibilità e la valutazione dei risultati, avendo anche in questo caso ben presenti i vincoli di spesa. Inoltre il Ministero intende orientare gli assessorati alla sanità e le aziende sanitarie di riferimento ad operare in modo coordinato e integrato con le altre istituzioni coinvolte, come la scuola e l'università, sia sul versante dell'assistenza che su quello della formazione e aggiornamento dei professionisti e degli operatori, ma anche della ricerca e dello sviluppo.

Un altro compito del Ministero è quello di garantire un monitoraggio continuo per verificare la credibilità degli interventi e valutare i risultati ottenuti.

RANUCCI (PD). Signor Ministro, accogliamo con grande soddisfazione il piano sanitario nazionale perché per la prima volta si occupa delle isole minori. Questa Commissione sta infatti cercando di portare avanti un progetto di legge che guarda alle isole minori, gemme preziose per i nostri territori, per il nostro turismo e per la nostra economia.

Vorrei fare delle domande su alcuni aspetti trattati nella sua relazione. Mi interessa innanzitutto il discorso della medicina partecipata dalle persone che vivono nell'isola. Trovo che cercare di coinvolgere gli abitanti in un progetto di formazione sia molto importante perché, come giustamente lei ha detto, costoro molto spesso restano isolati per mesi in territori che hanno delle particolarità. Lei ha toccato il punto essenziale del luogo in cui si nasce, ma credo sappia che ciò non riguarda solo le isole minori, ma anche i Comuni. Pertanto, chiudere un ospedale su un territorio diventa un problema enorme, che scaturisce magari dal desiderio di voler vedere il proprio figlio nascere dov'è nato il proprio padre. Si tratta tuttavia di questioni in un certo senso anacronistiche perché le strutture sanitarie devono rispondere a dei criteri.

Quanto alla telemedicina, lei ha fatto cenno ai vari tipi di progetto. Non si può pensare di chiedere né alle Regioni né al Ministero di avere dei presidi nelle isole più piccole, ma vorrei sapere com'è possibile trasportare la telemedicina in quei luoghi. Qual è il progetto? Qual è il *know-how* messo a disposizione? Come la telemedicina può essere utile, avendo sicuramente un punto di riferimento, o come si può, proprio in quell'ottica di partecipazione, coinvolgere in questo discorso anche la popolazione, non soltanto per il controllo ma anche per cercare di capire l'urgenza, o l'emergenza, ai fini dell'intervento del 118 e dell'eliambulanza?

Un altro aspetto da lei toccato, importantissimo per l'economia delle isole, è l'enorme aumento della popolazione che si registra per due mesi, per un mese o addirittura, in alcuni luoghi, per soli 20 giorni l'anno, e che la porta ad essere anche dieci volte superiore a quella residente. Esiste un

progetto che possa essere d'aiuto? Vi sono dei presidi che possano affrontare una flessibilità della medicina di soccorso all'interno delle isole minori?

Da ultimo, lei ha detto che dobbiamo rispettare l'autonomia delle Regioni. In determinati casi sarebbe invece opportuno che vi fosse una centralità, per disporre di una regia unica su alcuni temi specifici. Detto questo, per mettere in piedi i progetti da lei illustrati, anche relativamente alla telemedicina, al rafforzamento del personale durante il periodo estivo e alla formazione di medici specifici e di professionisti per le aree isolate, ritiene che si possano individuare, e inserire poi all'interno della legge, dei fondi specifici? In questo modo, le Regioni saprebbero che per le isole minori è stata stanziata una determinata cifra, ad esempio per la telemedicina, ed avrebbero un progetto di coordinamento generale, centrale, che può essere applicato.

PRESIDENTE. I temi sollevati dal senatore Ranucci sono estremamente stimolanti, sia per il lavoro che dobbiamo svolgere sia per questa esigenza di flessibilità.

Noi sappiamo bene che le nostre isole sono, per la stragrande maggioranza, oggetto di interesse turistico nella stagione estiva e che tale circostanza dà luogo a un moltiplicatore della residenzialità, creando da questo punto di vista delle criticità.

FAZIO, *ministro della salute*. Presidente, i punti sollevati sono stati quattro. Il primo concerne l'importanza del coinvolgimento degli operatori e della popolazione. Questo aspetto, chiaramente, è oggetto di attenzione ed è una delle peculiarità del problema, che va chiaramente affrontato.

Quanto alla telemedicina, è in fase di apprestamento presso il Ministero un piano nazionale, che stiamo finalizzando con il piano nazionale delle liste di attesa, il quale prevede l'omogeneizzazione di tutti i CUP regionali. Fondamentalmente, non dobbiamo attenderci che la telemedicina risolva tutti i problemi, in alcuni casi però può farlo. L'ambito nel quale la telemedicina può essere più importante è quello dell'assistenza ai pazienti cronici. Da medico, vorrei ricordare che l'applicazione di gran lunga più importante della telemedicina implica l'utilizzo di un telefono, di una bilancia e di un diuretico. Sto parlando della gestione del paziente con scompenso cardiaco, grazie alla quale è possibile evitare il ricovero in ospedale di decine di pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Il 40 per cento dei ricoveri nel nostro Paese riguarda ultracinquantenni e ultrasessantenni affetti da malattie croniche riacutizzati, che vanno gestiti sul territorio. Voglio qui ricordare che l'eccesso di ricoveri per scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva non è segno di inappropriata ospedaliera ma di inappropriata territoriale, perché questi pazienti devono essere curati sul territorio. Quindi, questo primo aspetto della telemedicina, relativa alla gestione del paziente cronico, è assolutamente fondamentale.

Altro aspetto della telemedicina riguarda la questione diagnostica, cioè la possibilità di ricevere una *second opinion* per quanto riguarda elettrocardiogrammi, diagnostica per immagini e, in maniera minore, l'ecografia che, come è ben noto, è molto dipendente dall'operatore. A tal proposito, però, noi stiamo facendo un corso di addestramento con nuovi piccoli ecografi, aventi le dimensioni di un *Blackberry*, proprio per far diventare questo strumento utilizzabile dal medico come uno stetoscopio.

Questi aspetti vengono considerati e non richiedono neanche grandi investimenti, nel senso che fanno parte dei piani regionali. Esiste un piano nazionale per la telemedicina e, quindi, non sarà necessario un grande investimento per implementare sul territorio delle piccole isole questo progetto. Faremo senz'altro una valutazione, ma potrebbe anche non essere necessario un investimento rilevante. Allo stesso modo, non dovrebbe costituire un grande impegno la questione dei fondi per la formazione. Naturalmente, questa operazione va impostata.

Ho forse trascurato di dire che, anche per ridurre l'isolamento del medico che lavora sull'isola, va prevista una certa mobilità, prevedendo una formazione del medico *in situ*, sulla terraferma. Questa formazione, che ha un costo evidentemente molto limitato, deve portare ad aggiornamento continuo, ma in modo organizzato, e anche a una migliore conoscenza delle varie problematiche.

Quanto all'ultimo punto sollevato, concernente la popolazione residente e non e la flessibilità, ricordo che sono solo due isole, Pantelleria e Lipari, ad avere ospedali dove si praticano attività di elezione (chirurgia programmata e ricoveri programmati). L'elezione dovrebbe scomparire dalle isole, perché non vi sono le casistiche sufficienti. Occorre mantenere un certo numero di letti di acuzie inferiore all'attuale. Lipari dispone di circa 30 letti e Pantelleria di 22, laddove occorrerebbe scendere a 10 o 12 letti mantenendo vicino alla trentina il numero totale, per inserire letti residenziali o di lungodegenza, in modo da consentire a situazioni particolari esistenti in queste isole di permanere, ma a un costo molto inferiore, più basso del costo dell'assistenza ordinaria e ospedaliera. L'assistenza di elezione richiede una serie di parametri in virtù dei quali il costo è di oltre 600 euro al giorno, a fronte dei 200 euro al giorno del costo della residenziale.

Nel momento in cui noi eliminiamo l'elezione dobbiamo però istituire un pronto soccorso, che non c'è né a Lipari né a Pantelleria e che esiste forse, in maniera molto minore a Lampedusa. Naturalmente, le isole Egadi presentano situazioni diverse perché sono più vicine alla terraferma e in qualche modo più collegabili; occorrono comunque, però, dei presidi di primo livello di assistenza di emergenza-urgenza, con una continuità assistenziale prevista e la possibilità di gestire il paziente, nel caso in cui le condizioni del mare e le condizioni climatiche, come spesso accade nelle isole, non consentano il trasporto.

Soprattutto, questa è una gestione importante da un punto di vista cardiologico. Tali strutture devono consentire la disponibilità di un pronto soccorso cardiologico efficiente, servizio che si rende utilissimo nel mo-

mento in cui dagli 8.000 abitanti abituali si passa ai 50.000 del periodo estivo. Tali strutture devono mantenere e potenziare le camere iperbariche e le dialisi renali, che devono essere disponibili non solo per i residenti ma, proprio per facilitare il turismo, anche per la popolazione non residente.

Sono tutte problematiche complesse che stiamo esaminando singolarmente, insieme alla dottoressa Baraldi, e sulle quali il Ministero è assolutamente disponibile a recepire i consigli della Commissione.

PRESIDENTE. Signor Ministro, in questo caso la necessità di uno scambio è estremamente utile anche per noi. Dovendo redigere un testo normativo è importante che, eventualmente, arrivino delle proposte dal Ministero relativamente a quello che lo stesso ritiene utile sia contenuto in un testo legge: ad esempio, l'obbligo specifico per la formazione di operatore sanitario per le isole, naturalmente da impartirsi nelle strutture regionali, oppure, se il Ministero ritiene di poterlo fare, organizzando a livello centrale una formazione per gli operatori sanitari di tutte le isole minori italiane, che sono tantissime, come da lei giustamente ricordato, e tutte meritevoli di attenzione. Quindi, ci auguriamo che arrivino dei contributi e delle proposte normative specifiche anche dai singoli Dicasteri. Infatti, come lei ha sottolineato in apertura, questo disegno di legge affronta aspetti diversi dell'insularità.

Infine, mi fa piacere che, nella sua relazione, lei abbia parlato sempre di «piccole isole» e non di «isole minori».

La ringrazio ancora per la sua disponibilità e per il contributo dato ai lavori di questa Commissione.

I lavori terminano alle ore 15,15.

