

La buona Sanità esiste.... e va valorizzata

*Efficienza e costi del sistema, investimenti tecnologici, valorizzazione delle competenze professionali. Ma anche visibilità per i tanti casi di assistenza sanitaria di qualità che il nostro paese garantisce a tutti i cittadini. Una conversazione a tutto campo con **Livia Turco**, Ministro della Salute*



Livia Turco, Ministro della Salute

Signor Ministro, non possiamo che partire da lì, dai troppi casi di malasana segnalati dai media in questi primi mesi dell'anno. Che fare?

Sicuramente intervenire drasticamente, là dove si verificano episodi di inefficienza e trascuratezza, soprattutto quando a rimetterci sono, direttamente, i pazienti. Ma anche imparare a comunicare quanto di buono il nostro sistema sanitario fa e produce, ed è tantissimo, in termini di qualità dell'assistenza offerta a tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione socio-economica.

Faccio un esempio. All'indomani dell'emergere dell'ormai famosa vicenda del Policlinico Umberto I di Roma, ordinai ai carabinieri dei Nas un'ispezione urgente negli ospedali italiani per verificare le condizioni di igiene e sicurezza. In 48 ore venne visitato oltre il 70% dei reparti, e in nessun caso si riscontrarono rilievi che pregiudicassero la sicurezza delle cure. Insomma, è emerso un quadro complessivamente positivo della nostra Sanità, che certo può e deve essere migliorata, ma rappresenta un enorme patrimonio di questo Paese.

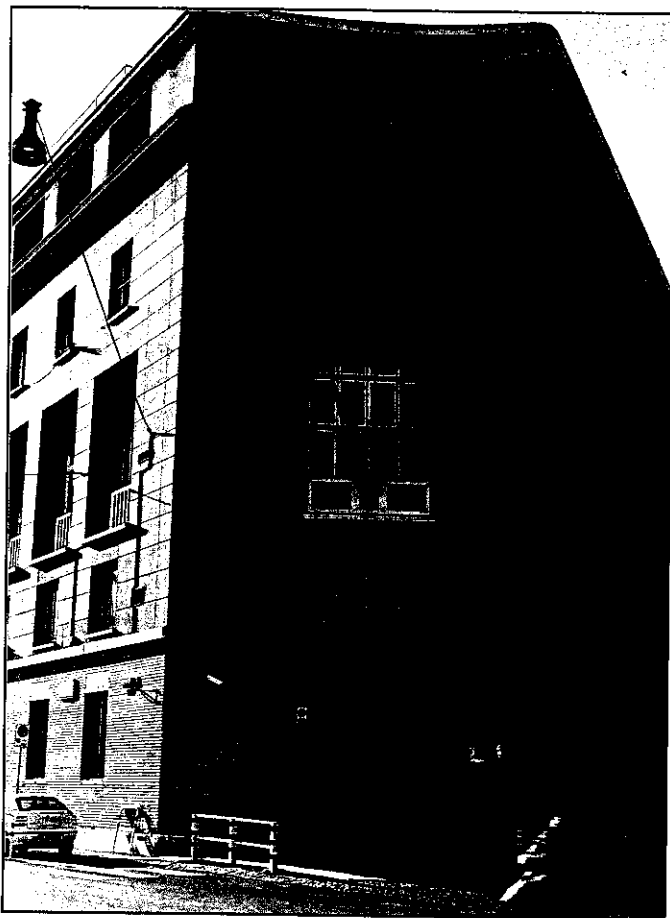
Il nostro sistema sanitario è molto oneroso, e in alcuni contesti regionali i bilanci sono, addirittura, da procedura fallimentare....Come invertire la rotta?

Abbiamo ereditato situazioni pesanti, in qualche caso tragiche. Frutto di scelte sbagliate, e talora anche di sprechi e corruzione. Ci siamo posti l'obiettivo di cambiare il volto della Sanità in quelle regioni che, da lun-

go tempo, soffrono di cattiva gestione e di ritardi nell'innovazione. E lo stiamo facendo nell'unico modo possibile, secondo noi. Ossia responsabilizzandole, senza abbandonarle. Penso a realtà come Lazio, Liguria, Campania, Abruzzo e Molise, le cui amministrazioni hanno sottoscritto un serio impegno pluriennale teso alla regolarizzazione dei propri bilanci. In un'ottica di federalismo sanitario che aiuti a plasmare al meglio l'offerta di servizi sul territorio, senza diventare fattore di divisione e disuguaglianza. La buona sanità deve arrivare ovunque, da Milano a Palermo.

La domanda di salute dei cittadini cresce esponenzialmente, e si guarda a un modello in cui, necessariamente, l'ospedale non sarà più il baricentro unico di tutto il sistema. A che punto siamo?

Stiamo lavorando su un modello di sanità innovativo,



La sede centrale del Ministero della Salute

basato su due grandi pilastri: l'ospedale e la medicina territoriale. L'ospedale italiano del prossimo futuro deve essere aperto e sicuro: dotato di elevate professionalità, e altrettanto qualitative infrastrutture. Va inteso come il luogo deputato all'accoglienza, oltre che alla cura. In parallelo, sul territorio, va garantita una continuità assistenziale tra ospedale e domicilio del paziente, in un'ottica di forte integrazione tra i diversi livelli di cura. Va in quella direzione il modello di Casa della Salute, di cui si stanno realizzando i primi esempi in diverse regioni del Paese. Si tratta di una struttura polivalente e funzionale, aperta 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno, in cui lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base, gli specialisti ambulatoriali. Questo consentirà una diminuzione nel ricorso al pronto soccorso delle strutture ospedaliere, che potranno dedicarsi interamente alle vere urgenze.

Dall'Europa 3 miliardi di euro per aiutare la Sanità del Mezzogiorno

Nelle scorse settimane lo sviluppo dei servizi sanitari del Mezzogiorno è entrato a far parte per la prima volta degli obiettivi del "Quadro strategico nazionale 2007-2013" finanziato da fondi europei. La tutela della salute diventa così fattore di promozione più generale del sistema economico e delle infrastrutture del meridione. In tutto circa 3 miliardi di euro che le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia potranno riservare al miglioramento della propria rete di assistenza sanitaria in aggiunta alle risorse ordinarie del Ssn (in tutto ulteriori 2,5 miliardi di euro nel triennio 2007/2009, tra fondi per l'attuazione del Piano sanitario nazionale nel sud e per il programma di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico previsti dalla finanziaria 2007).

A individuare tempi, modalità e obiettivi del piano è il Memorandum "Quadro strategico per salute, sviluppo e sicurezza nel Mezzogiorno - Indirizzi ed Obiettivi operativi di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno" che fa parte del Protocollo d'intesa siglato dai Ministri dello Sviluppo Economico Pier Luigi Bersani e della Salute Livia Turco e dai Presidenti delle otto regioni meridionali e insulari lo scorso 17 aprile.

L'innovazione tecnologica è davvero ritenuta un asset strategico di sviluppo per la nostra Sanità?

Assolutamente sì, a patto che la si sappia e voglia coniugare con la valorizzazione delle risorse umane e professionali. Le tecnologie, sia sul fronte della gestione che su quello della cura, sono oggi uno snodo fondamentale per la sanità. La vera sfida è quella di portare avanti un'autentica rivoluzione tecnologico-comunicativa, basata sulla diffusione di tecnologie informatiche al fine di snellire, semplificare, rendere trasparenti e finalmente accessibili a tutti i servizi e le prestazioni sanitarie, evitando sprechi di tempo, denaro ed anche vere e proprie "vie crucis" per il cittadino.

A tal fine il Ministero svolge un'azione importante di

Trent'anni di esperienza politica

La senatrice **Livia Turco** è il Ministro della Salute del Governo Prodi II. Ha giurato nelle mani del Presidente della Repubblica il 17 maggio 2006.

Nata a Morozzo (Cuneo) il 13 febbraio del 1955, di famiglia cattolica, giovanissima si iscrive alla Fgci di Torino e ne diventa segretario provinciale nel 1978. È consigliere regionale in Piemonte dal 1983 al 1985 e consigliere comunale a Torino dal 1985 al 1986. Nel 1986 entra a far parte della Segreteria nazionale del PCI ed è responsabile nazionale delle donne dal 1986 al 1994. Dal novembre 2001 (congresso di Pesaro) fa parte della Segreteria nazionale dei Democratici di Sinistra dove ricopre l'incarico di responsabile del Dipartimento welfare.

È eletta alla Camera dei Deputati dalla X alla XIV legislatura. Nella X legislatura fa parte della Commissione Giustizia e nella XI della Commissione Lavoro pubblico e privato. Nella XII legislatura è membro del Direttivo del Gruppo parlamentare Progressisti-Federativo, della Commissione Lavoro, della Commissione speciale in materia di infanzia e della Commissione di inchiesta sulla vicenda dell'ACNA di Cengio. Dal 1995 al 1996 è Presidente della Commissione per la parità e pari opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nella XIII legislatura diventa Ministro della Repubblica senza portafoglio per la Solidarietà sociale con il governo Prodi. Viene riconfermata nei governi D'Alema e nel secondo governo Amato. Durante l'esperienza di governo si dedica in modo particolare ai temi della famiglia, dell'infanzia, della disabilità e dell'immigrazione.

È promotrice di molte delle leggi che hanno contrassegnato la politica dei governi di centrosinistra, in particolare gli interventi sull'immigrazione (legge n. 40 del 1998 meglio nota come legge Turco-Napolitano), sull'assistenza (legge n.328 del 2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e sul sostegno della maternità e paternità (legge n. 53 del 2000). Il suo impegno parlamentare prosegue nella XIV legislatura nella Commissione Affari sociali della Camera. Dal 28 aprile 2006 (XV legislatura) è senatrice della Repubblica.



coordinamento per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale, strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti, e appoggia i progetti di sperimentazione sul territorio finalizzati alla crescita e alla diffusione della Sanità elettronica.

La gestione del rischio in Sanità viene affidata a ogni singola struttura ospedaliera e sanitaria, o esiste una strategia condivisa?

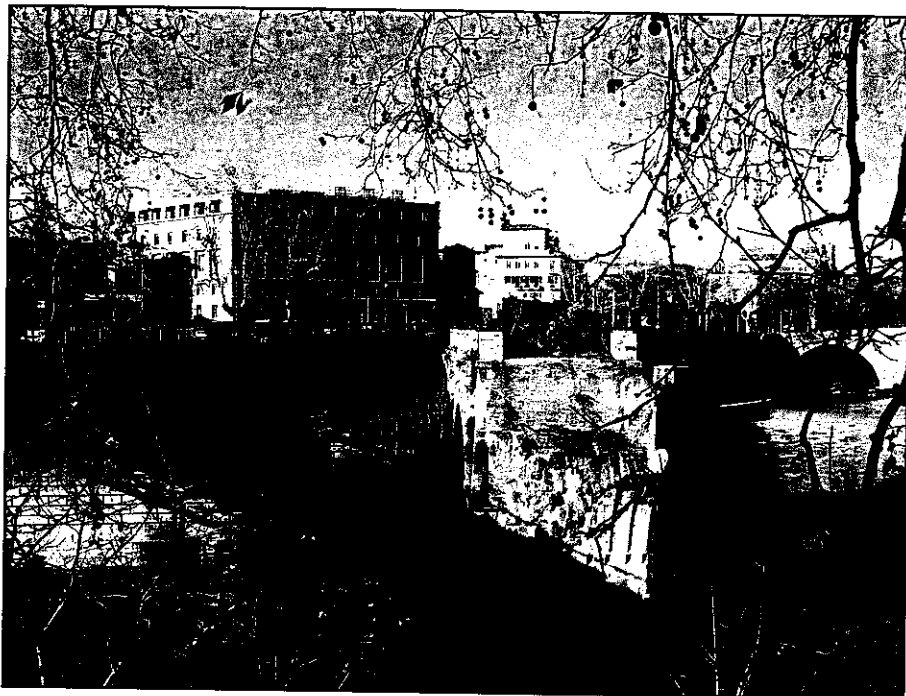
La sicurezza delle cure costituisce una sfida difficile ma ineludibile per promuovere un efficace diritto alla salute. Per garantire la sicurezza sono fondamentali gli scambi di informazioni, l'appropriatezza, la qualità delle prestazioni e la formazione.

Per questo ritengo sia necessario agire secondo un'ottica di globalità di interventi, di promozione di partnership e di reti e di miglioramento della qualità globale del sistema. L'istituzione del Centro di Riferimento Nazio-

nale per il Rischio Clinico, va in tal senso. Si tratta di uno strumento fondamentale per promuovere un approccio globale alla materia che ha il compito di diffondere in modo trasparente le informazioni sul tema della sicurezza dei pazienti. Avere un sistema di monitoraggio è, infatti, assolutamente prioritario per costruire una politica adeguata al tema sicurezza delle cure. Inoltre esso ha il compito strategico della formazione per aumentare le competenze degli operatori e svolge un ruolo fondamentale per il coinvolgimento degli utenti e dei pazienti allo scopo di renderli protagonisti informati della propria salute e dei propri percorsi assistenziali.

Signor Ministro, chiudiamo con le liste di attesa: è un problema risolvibile?

Ogni problema lo è, per definizione, a patto di trovare la strada giusta. Recentemente è stato presentato il monitoraggio dei Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie erogate sia in regime ambulatoriale che di ricovero, anche nell'ambito di pacchetti di prestazioni o percorsi diagnostico-terapeutici



ove definiti. L'analisi ha evidenziato che tutte le Regioni e Province Autonome hanno predisposto un piano di attuazione del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base di quanto previsto dall'Intesa 28 marzo 2006 e del successivo accordo del 20 novembre 2006. Ogni Regione si è impegnata con propria delibera ad erogare prestazioni ambulatoriali e di ricovero in aree di intervento prioritarie tra le quali l'area oncologica, cardiovascolare, geriatrica, materno infantile. Verificheremo passo per passo che il processo non si fermi, e che conduca a una sanità più efficiente, rispondente ai bisogni reali delle persone.

Ettore Grassano