

Resoconto stenografico dell'Assemblea

Seduta n. 438 di martedì 9 giugno 2015

***(Chiarimenti circa i ritardi relativi all'attuazione del Patto per la salute, con particolare riferimento al Patto per la sanità digitale – n. 2-00823)***

PRESIDENTE. Passiamo alla prima interpellanza all'ordine del giorno Grillo ed altri n. 2-00823 (*Vedi All. A*), concernente chiarimenti circa i ritardi relativi all'attuazione del Patto per la salute, con particolare riferimento al Patto per la sanità digitale.

Prendo atto che la deputata Grillo si riserva di intervenire in sede di replica.

Il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo, ha facoltà di rispondere.

**VITO DE FILIPPO, Sottosegretario di Stato per la salute.** Presidente, onorevoli, in merito alle tempistiche relative all'adozione del Patto per la sanità digitale, si rammenta che l'articolo 15, comma 1, dell'intesa Stato-regioni del 10 luglio 2014 prevede che il Governo e le regioni concordino, entro trenta giorni dall'intesa, un Patto per la sanità digitale.

È stato, pertanto, predisposto il testo del Patto per la sanità digitale oggetto di condivisione con l'Agenzia per l'Italia digitale e con le regioni, attraverso specifici incontri che si sono tenuti. Questo documento è stato inviato al Ministero dell'economia e delle finanze per la preventiva condivisione tecnica. Non essendo stata rappresentata dalle amministrazioni coinvolte alcuna osservazione, il documento sta attualmente seguendo l'iter per l'approvazione definitiva.

In particolare, comunico che il Ministero della salute, in data 29 maggio 2015, ha trasmesso il testo del Patto alla segreteria della Conferenza Stato-regioni e alla Presidenza del Consiglio dei ministri, affinché venga sottoposto all'esame della stessa Conferenza nella prima seduta utile. Pertanto, il Patto non è ancora disponibile sul sito istituzionale del Ministero della salute e non lo sarà fintanto che non verrà approvato dalla Conferenza.

Per quanto attiene alla nuova disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria, cioè dei *ticket*, il gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle regioni e dell'Agenas, ha formulato una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo delle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione alla condizione reddituale del nucleo familiare fiscale dell'assistito, con esclusione degli esenti per patologia. Per la traduzione operativa di tutto questo lavoro, che il gruppo ha definito, è, tuttavia, necessaria una modifica legislativa delle disposizioni vigenti, che in uno dei primi interventi legislativi coerenti in termini di materia verrà proposto.

Relativamente, invece, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, lo schema di decreto è stato presentato alle regioni e alle province autonome nel mese di gennaio 2015 ed è stato sottoposto alle valutazioni del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministero della salute è in attesa delle osservazioni e delle proposte di integrazione che le regioni intendono formulare sul testo nonché delle loro valutazioni circa la sostenibilità economico-finanziaria complessiva dell'intervento, nonché del parere del Ministero dell'economia e delle finanze.

Quanto al regolamento che definisce, invece, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi degli ospedali, ricordo che il medesimo è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 4 giugno ultimo scorso.

Per quanto attiene, invece, al piano nazionale della cronicità, il testo è stato predisposto da un gruppo redazionale ristretto, coordinato dal Ministero della salute, e, nei prossimi giorni, sarà diramato alle regioni e alle province autonome per raccogliere le loro osservazioni, ai fini della formalizzazione della proposta in sede di Conferenza Stato-regioni.

In ordine, invece, alle iniziative attuative dell'articolo 22 del Patto per la salute, comunico che è stato istituito, nei termini previsti dal Patto, il tavolo politico di confronto, che si è riunito in più occasioni – mi riferisco a tutto il tema delle risorse umane e del personale – per affrontare in modo adeguato la complessità di questa materia, che costituisce l'oggetto della bozza di un disegno di legge recante una delega del Parlamento. Tuttavia, com'è noto, oltre alla oggettiva e indiscussa complessità della materia, i lavori di confronto si sono rallentati anche per le recenti consultazioni elettorali, e si auspica, pertanto, che a breve si possa riprendere il lavoro già avviato e che ha prodotto alcuni documenti, seppure ancora in bozza.

Quanto all'adozione delle linee guida sulla mobilità transfrontaliera, si rappresenta che, in ottemperanza delle disposizioni contenute nell'articolo 19, comma 3, del decreto legislativo n. 38 del 2014 e nell'articolo 2, comma 1, del Patto per la salute, è stata ravvisata l'esigenza di istituire un gruppo di lavoro *ad hoc*, composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, dell'Agenas e delle regioni e province autonome, per procedere ad una stesura condivisa delle linee guida. In data 21 gennaio 2015, è pervenuta l'ultima designazione relativa a coloro che andranno a comporre questo gruppo di lavoro. A fine gennaio, è stato redatto e diramato dal Ministero il provvedimento di costituzione del gruppo, il quale si è riunito, per la prima volta, in data 23 febbraio 2015.

Per la complessità delle materie sull'attività transfrontaliera da esaminare, è stata ravvisata l'esigenza di procedere alla formazione dei seguenti sottogruppi di lavoro: quello relativo all'articolo 4 (legislazione nazionale, standard e orientamenti di qualità e di sicurezza nazionali, normativa europea in materia di standard di sicurezza); quello relativo all'articolo 5 (garanzie e mezzi di tutela dei pazienti in un altro Stato membro); quello dell'articolo 7, commi 6 e 7 (elementi informativi presenti nel nuovo Sistema informativo sanitario); quello dell'articolo 8, commi 6 e 7 (principi generali per il rimborso dei costi); quello dell'articolo 9, commi 2, 5 e 6 (assistenza sanitaria soggetta ad autorizzazione preventiva e relativi provvedimenti di diniego); quello relativo all'articolo 10 (procedure amministrative riguardanti domande di autorizzazione, istanze di verifica e domande di rimborso); quello relativo all'articolo 11 (sistema comunitario di informazione del mercato interno); quello dell'articolo 12 (riconoscimento delle prescrizioni rilasciate da uno Stato membro); e quello relativo all'articolo 19 (differenza tra regolamento (CE) n. 883/2004 e direttiva 2011/24/UE). Quindi, sono stati costituiti questi sottogruppi. Ad oggi, l'elaborazione delle distinte linee guida suddette, da parte dei rispettivi sottogruppi di riferimento, è ancora in via di perfezionamento.

Nel merito delle ulteriori questioni sollevate, continuo fornendo le seguenti informazioni. Relativamente alla prevista istituzione di un osservatorio *ad hoc* per monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria nelle isole minori (articolo 5, comma 23, del Patto per la salute), è stato istituito, il 19 novembre 2014, il gruppo di lavoro, a cui è stato affidato il compito di predisporre la proposta di un modello di osservatorio nazionale per la verifica dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole. Il gruppo di lavoro si è insediato il 3 dicembre 2014 e ha concluso i lavori con la predisposizione di un documento di proposta di modello dell'osservatorio. Il documento e il relativo accordo di

recepimento, di cui costituirà parte integrante, sono attualmente in fase di definizione.

Con riguardo alla realizzazione del documento di cui all'articolo 1, comma 8, del Patto per la salute 2014-2016, si rappresenta che è stata avviato, in accordo con le regioni, l'aggiornamento del DM 12 dicembre 2012 riguardante il Sistema di garanzia per il monitoraggio dei livelli di assistenza, così come previsto dall'articolo 10, comma 7, del Patto per la salute. L'obiettivo del lavoro è quello di definire un unico sistema di monitoraggio e di valutazione per tutte le regioni e le province autonome, che metta in relazione i livelli essenziali di assistenza con le dimensioni da monitorare, che sarebbero quelle della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della sicurezza, dell'equità e della centralità del paziente. La descritta attività si trova in stretta relazione con quelle previste dall'articolo 1, comma 8, del Patto per la salute. Il documento di proposta ivi previsto atto ad implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale è attualmente in fase di elaborazione.

Infine, con riguardo alla continuità assistenziale, intesa come integrazione tra le reti assistenziali ospedaliera, territoriale e dell'emergenza, si rappresenta che la stessa è strettamente correlata all'organizzazione del territorio che, attualmente, dispone, secondo la normativa vigente (Patto per la Salute e cosiddetto decreto Balduzzi), l'individuazione di forme riorganizzative mono-professionali (AFT) e multi-professionali (UCCP), la cui fattiva attuazione, come si nota da un Pag. 6 dibattito che è molto vivo in questi giorni anche sulla stampa, è strettamente legata alla stipula dell'accordo collettivo nazionale della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Un lavoro delicato, di tanti soggetti in campo, sul quale il Ministero della salute sta intervenendo con un'attività di mediazione quotidiana.

Pag. 7

PRESIDENTE. L'onorevole Grillo ha facoltà di dichiarare se sia soddisfatta per la risposta alla sua interpellanza.

GIULIA GRILLO. No, non ci riteniamo soddisfatti perché purtroppo, come ci aspettavamo, praticamente non ci sono state ancora una volta risposte e certezze. Voglio fare un attimo il punto della situazione rispetto al tempo trascorso dal Patto della salute la cui intesa era stata siglata il 10 luglio 2014, considerato che siamo più o meno a metà strada visto che è il Patto della salute 2014-2016. In realtà qualcuno il resoconto lo ha già fatto e si tratta del coordinatore nazionale del tribunale per i diritti del malato di Cittadinanza attiva, anche se noi ora citiamo i dati ufficiali del Ministero così siamo certi di non sbagliare anche perché, a differenza di quello che molti possono pensare, noi ci auguriamo che Tonino Aceti abbia torto e leggere infatti che il nostro servizio sanitario nazionale sia il *bancomat* di Governo e regioni – così il titolo dell'articolo pubblicato recentemente su *Il Sole 24 Ore Sanità* – credo non faccia piacere a nessuno della nostra Commissione. Noi del MoVimento 5 stelle avevamo espresso una certa cautela sin dal principio e tutti sapevamo che le risorse per il riparto delle regioni messe a disposizione nel Patto erano frutto di un'ultraottimistica previsione di crescita del PIL, riguardo alla quale poi insomma mi viene da ridere perché continuiamo a titolare più 0,5, più 0,3 però il taglio alla sanità rimane. Morale: a distanza di pochi mesi infatti Renzi e il suo Governo hanno fatto una bella inversione ad U ed hanno imposto il taglio lineare alle regioni e qui apro una parentesi. Nella legge di stabilità si prevedeva che questa manovra venisse approvata o dalle regioni o dal Governo entro il 31 gennaio. Siamo a giugno e ancora non si sa dove verranno presi i 2,3 miliardi di euro. Ho controllato sino a ieri il sito delle regioni e quello della Conferenza Stato-regioni e la Conferenza ancora non è convocata. Quindi immagino che ci saranno non pochi problemi, anzi me lo auguro visto che le regioni sembravano un

po' genuflesse rispetto a questo taglio. Insomma addio ai sogni di programmazione tanto invocati dal Ministro. Nelle regioni è tornata a regnare l'incertezza dei finanziamenti e la cartina di tornasole l'abbiamo con il numero e con la distribuzione di farmaci per la eradicazione dell'epatite C che vedono le regioni erogare i trattamenti con il contagocce e vedono cittadini, magari calabresi e siciliani, che si recano in centri per l'eccellenza al nord d'Italia ritornare a casa perché con la risposta: le vostre regioni non pagano, quindi non vi somministriamo il farmaco.

Restando sull'articolo 1, oltre al livello di finanziamento, era prevista la revisione dei criteri di riparto, comma 2; l'aggiornamento dei LEA entro il 31 dicembre, comma 3; i piani annuali di investimento e analisi del fabbisogno per singole regioni, comma 7; un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure entro il 31 dicembre, comma 8 e la definizione di ulteriori criteri condivisi per le forme di premialità entro il 31 ottobre 2014, comma 9.

Ovviamente ci sfugge l'attività promossa dal Ministero e dalle regioni riguardo ai punti appena elencati ma su uno di questi ci vogliamo soffermare e si tratta della riscrittura del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in tema di aggiornamento dei LEA. La data del decreto attualmente in vigore è il 2001. Da allora sono passati quasi tre lustri e le regioni continuano ad applicare – applicare poi si fa per dire – livelli essenziali di assistenza ormai largamente inadeguati. Tra l'altro bisognerebbe rivedere anche il sistema di rilevamento di questi LEA visto che è abbastanza affidato alla capacità delle regioni di trasmettere dati coerenti. Il Ministero, a dire il vero, ha presentato una bozza di riforma – l'abbiamo detto – ma, come nel caso del Patto, si tratta di un documento che non prende in considerazione la realtà. Si ipotizzano addirittura maggiori spese per 416 milioni di euro ma, a leggere bene il documento, si evince che le maggiori spese riguardano 1,324 miliardi, mentre le minori spese derivanti dalle modifiche sono pari a 930,8 milioni. Considerata la capacità di efficienza del nostro sistema, c'è da essere seriamente preoccupati per la sostenibilità in caso di approvazione e, a proposito di sostenibilità del sistema sanitario, come dimenticare l'articolo 23, assistenza farmaceutica? In attesa dell'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale, punto 1), è stato introdotto – anche qui si fa per dire – il Fondo per i farmaci innovativi. Diciamo che si fa per dire perché, dopo la legge di stabilità, per trovare il Fondo siamo andati a *Chi l'ha visto*. Sappiamo che il Fondo è di un miliardo per i prossimi due anni, le risorse provengono per il 90 per cento dalle regioni, che si vedono quindi ridotto il loro fondo indistinto e al momento è tutto. Il resto è il caos totale.

Le regioni non erogano le prestazioni perché non sanno quanti soldi hanno a disposizione, tranne casi privilegiati; i pazienti premono i prescrittori per avere le cure, con meccanismi che noi stiamo studiando, perché ci arrivano notizie strane; non si hanno dati certi sul numero di pazienti nonché sul modello con il quale somministrare le terapie. Se a tutto questo ci aggiungete la totale assenza di trasparenza sulla definizione del prezzo dei farmaci, ne esce fuori un cocktail che possiamo definire micidiale.

Purtroppo il tempo a disposizione non mi consente di continuare sulle centinaia, perché sono circa cento le scadenze per il Patto della salute, ma praticamente tutti gli articoli del Patto contengono impegni e attività che, a distanza di un anno, non hanno visto la luce. L'elenco potrebbe essere lunghissimo; voglio solo sottolineare, perché era un oggetto dell'interpellanza, il Patto per la sanità digitale. Oggi ci avete dato l'informazione che lo avete trasmesso il 29 maggio alla Conferenza Stato-regioni e alla Presidenza del Consiglio. Mi auguro che, come il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sugli indicatori di *performance*, che è alla Presidenza del Consiglio da circa due anni, non si parlerà di tenere questo Patto per la sanità digitale due anni pure lì.

Un altro punto era l'assistenza territoriale, aggregazioni funzionali territoriali, unità complesse di cure private, miglioramento dell'assistenza per le persone in condizioni di

stato vegetativo, monitoraggio costante della riorganizzazione delle cure primarie e ospedali di comunità. Allora, sugli ospedali di comunità, tra l'altro, mi preme sottolineare un aspetto, sottosegretario; se lei ha l'opportunità di girare l'Italia, un po' come ho fatto io, vedrà che dire che sta succedendo un macello è dire poco. Per quanto riguarda il benedetto taglio di posti letto del decreto-legge Balduzzi, ci tengo a dire che in alcune regioni non c'è bisogno di farlo, perché già sono sotto i 3,7 posti letto per mille abitanti; sono stata in Puglia e nella zona di Putignano vi sono 2,2 posti letto per mille abitanti, la ASL di Rieti ha 2,8 posti letti per mille abitanti; insomma, mi sembra che ci siano aree dove il taglio dei posti letto sia assolutamente da fare al contrario, cioè si debbano mettere i posti letto. Ma poi succede questo: succede che si chiudono gli ospedali per tagliare i posti letto, poi, nel frattempo, si costruiscono ospedali in *project financing* e, quindi, non so se poi le regioni stanno veramente considerando il numero di posti letto, questo andrebbe visto, perché per ogni ospedale che chiude ce n'è uno che apre, e non si sta capendo questo meccanismo. Poi gli ospedali che vengono chiusi vengono trasformati in questi ospedali di comunità che già ci sono in molte regioni d'Italia, però voi ancora non avete fatto gli standard, non avete definito le tariffe, non avete definito niente, e allora ogni regione si sta organizzando per i fatti suoi, anche, ovviamente, con vantaggio per strutture e ditte private, con tariffe che possono essere anche alte, perché, poi, puoi avere il medico ventiquattr'ore, puoi avere il medico 48 ore, se sei povero non hai nessun medico; questo è quello che sta succedendo.

Peraltro il gentilissimo Balduzzi, che ci ha lasciato quella meravigliosa riforma, la domanda non se l'è posta di fare un calcolo dei posti letto complessivo, cioè lui ha detto solo: tagliamo i posti letto, con questo mega taglio lineare, ma non ha detto, poi, quanti posti letto ci sono per acuti, quanti posti letto abbiamo negli ospedali di comunità, quanti ne abbiamo insieme alle RSA, alle strutture residenziali, alle strutture semiresidenziali, cioè, un calcolo va fatto in maniera complessiva.

In terzo luogo, mi sento anche di dire che, mentre non abbiamo fatto niente sulla sanità territoriale che è uno dei grandi danni di questo Patto per la salute che ancora non è stato approvato, continua imperterrita questa riorganizzazione della rete ospedaliera che, lo ripeto, avviene solamente a discapito degli ospedali e delle strutture più vecchie che vengono trasformati in queste specie di casermoni che sono gli ospedali di comunità e, nel frattempo, si continua a investire con il meccanismo del *project financing* che, applicato alla sanità, ha effetti assolutamente distorti e deformanti, con aggravio, ovviamente, per le casse pubbliche; non si continua ad intervenire, invece, sulla sanità territoriale, sulla medicina del territorio.

L'ultimo punto su cui lei sa che abbiamo fatto molti atti parlamentari è il nomenclatore tariffario. Anche lì, lo voglio dire, abbiamo una bozza di nomenclatore, noi lo abbiamo visto; secondo noi, ancora una volta, si ripetono gli stessi errori, per quanto sia un po' migliorato rispetto a quello del passato, vi è l'impossibilità da parte del disabile di scegliere il proprio ausilio che poi dovrà essere adattato con aggravii, con costi ulteriori, perché bisognerà pagare l'adattamento di tutti gli ausili che compriamo in *stock* tutti uguali, primo punto. Secondo punto, mancano dei dati. Allora quando noi non sappiamo esattamente in ogni ASL, in ogni regione quant'è il numero proprio di protesi e ausili che vengono venduti, i costi e la tipologia, quindi ci manca proprio la base di partenza, mi chiedo come dobbiamo operare senza avere un'idea precisa, o perlomeno il pubblico non ce l'ha.

Pag. 12

Non so se il Ministero questo dato ce l'ha, però a me risulta che anche voi non abbiate un dato, per lo meno definitivo, da questo punto di vista. Quindi, ci sono disabili che aspettano in gravissime condizioni e siamo ancora fermi al palo.

Anzi, colgo l'occasione per sollecitare la risposta a questa interrogazione sul nomenclatore tariffario. Poi, ovviamente, sul prontuario farmaceutico, anche lì, sottosegretario, abbiamo bisogno di risposte urgenti, perché bisogna rivedere assolutamente tutti i meccanismi. Infatti, la storia dell'epatite C sta dimostrando che il nostro sistema ha una grande vulnerabilità e siamo veramente alla mercé di queste case farmaceutiche che pretendono persino le clausole di salvaguardia sui loro contratti commerciali. Quindi, è necessario assolutamente rivedere il prima possibile questo prontuario farmaceutico e anche le regole che seguiamo per contrattare con le aziende farmaceutiche.

A breve ovviamente ripresenteremo anche un altro atto di sindacato ispettivo per conoscere l'esito di questo patto per la sanità digitale.