Ministero della salute

Ufficio Legislativo

Audizione del Sig. Ministro della salute

SENATO
12 COMMISSIONE

26 giugno 2014, ore 14.00

"Patto per la salute per gli anni 2014-2016".

Gentile Presidente e Senatori, Vi ringrazio per l'invito che ho ricevuto perché mi consente di informarvi sull'evoluzione dei lavori sul nuovo Patto per la salute, che proprio in questi giorni stanno volgendo alla conclusione.

Inizio, infatti, con il riferirvi che si stanno concludendo presso il Ministero della salute gli incontri politici tra le delegazioni del mio Dicastero de l MEF con i Presidenti e gli Assessori regionali per definire le questioni ancora aperte e chiudere in via definitiva i contenuti del nuovo Patto per la salute.

Durante le numerose riunioni tecniche svoltesi nel mese di maggio 2014, sono stati affrontati numerosi temi, quali la determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali, la mobilità transfrontaliera, l'umanizzazione delle cure, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale, la gestione e lo sviluppo delle risorse umane nonché della riforma della gestione sanitaria nelle "Regioni in Piano di Rientro" e delle funzioni del "Comitato LEA". Alcune delle proposte sulle tematiche appena elencate, sono state già condivise, a livello tecnico, dal Ministero della salute, dal MEF e dalle Regioni.

Parallelamente sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro composti da rappresentanti del MEF, del Ministero della salute e delle Regioni per la trattazione di specifici temi, quali: l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e la revisione dell'attuale sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria.
Nel corso delle riunioni sono stati affrontati temi quali l'assistenza farmaceutica, i sistemi informativi e il piano nazionale della prevenzione.

Ritengo opportuno, a questo punto, fare ancora una volta un richiamo all'obiettivo prioritario che mi sono data, dall'inizio del mio mandato, e su cui sto interagendo con le Regioni, ed in particolare: realizzare una sanità sostenibile nel segno dell'appropriatezza.
E' un obiettivo ormai noto, a cui ho fatto riferimento anche quando ho illustrato a questa Commissione le linee programmatiche del mio Dicastero.

L'appropriatezza è un tema trasversale a tutta l'impostazione del nuovo Patto per la salute, tenuto conto che si declina in:

a) razionalizzazione della offerta di posti letto ospedalieri, che corrisponde all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e dell'accesso in pronto soccorso; misura che può garantire una notevole riduzione della spesa sanitaria. Attraverso il Patto le Regioni si impegneranno altresì a ridurre il ricorso ai ricoveri ed alle prestazioni inappropriate, con un possibile ulteriore risparmio.
b) riorganizzazione dell'assistenza territoriale;
c) riorganizzazione del sistema e della *governance*;
d) rafforzamento dell'azione di monitoraggio e controllo sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Sono altresì previsti interventi sui farmaci, sui dispositivi medici e sull'HTA.

Sono molti i temi in via di approfondimento su cui in queste ore stiamo dialogando e su cui è stata già raggiunta la condivisione, a livello tecnico, tra il Ministero della salute, il MEF e le Regioni.

E' noto a questa Commissione - anche gli articoli di stampa ne hanno dato notizia – che la mia intenzione era di portare, già dai primi dieci giorni del mese di giugno, la proposta di Patto della salute 2014 – 2016, al confronto politico, ma come ho già riferito, anche il 24 e il 25 giugno le suddette riunioni politiche sono proseguite.

Durante la riunione del 24 sono stati rivisti tutti gli articoli trattati nelle riunioni del 16, 17 e 18 giugno. Sono i molti i temi sui quali si sta discutendo e sui quali è stata raggiunta la condivisione, a livello tecnico, tra Ministeri e regioni.

Abbiamo, infatti, condiviso buona parte del documento, che entro la fine di giugno saremo in grado di portare in Conferenza Stato Regioni. Il lavoro svolto in questi giorni con gli assessori regionali ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze è stato caratterizzato da un forte senso di responsabilità e da un clima particolarmente costruttivo. Il nuovo Patto per la salute esprimerà un cambiamento di rotta del sistema, denso di spunti innovativi rispetto al passato.

Siamo riusciti a trovare un accordo sui temi più rilevanti e su obiettivi che ritengo fortemente strategici per il Servizio Sanitario Nazionale, merita di essere segnalata la scelta **che tutte le risorse risparmiate, attraverso l'applicazione delle misure di razionalizzazione, saranno reinvestite per politiche sanitarie, ad invarianza del finanziamento statale annuale previsto per il Fondo sanitario.**

Ieri 25 giugno, sono stati trattati i seguenti argomenti: assistenza farmaceutica; dispositivi medici; creazione di un modello istituzionale di HTA dei dispositivi medici.

Tra i temi più rilevanti che il Patto tratta spicca la cornice programmatoria dei prossimi anni, e quindi la programmazione del fabbisogno standard del Servizio Sanitario Nazionale e dei fabbisogni standard regionali, nel rispetto degli obblighi comunitari e degli obiettivi di finanza pubblica, tenuto conto di quanto disposto dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n.68.

E' di tutta evidenza che ai fini della programmazione l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza riveste un ruolo primario. A tale fine è stato previsto uno specifico gruppo di lavoro, composto da rappresentanti dei Ministeri e delle Regioni che sta lavorando a tale aggiornamento.

Il Patto affronta anche i temi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, sui quali è in corso la valutazione dei Ministeri. Contiene la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in relazione alla prevista riduzione dello standard di posti letto ospedalieri. Lo scopo è promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, nonché l'avvio di azioni sinergiche tra ospedale e territorio.

In estrema sintesi il provvedimento contiene l'indicazione programmatoria di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio sanitario Nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

La misura, pertanto, si inserisce nell'ambito delle manovre che le regioni devono attuare per una razionalizzazione strutturale della rete ospedaliera nell'ambito del quadro complessivo di revisione della spesa sanitaria, con una riduzione del numero di posti letto dall'attuale standard del 4 per 1000 abitanti al 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando

coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

Il tema dell'assistenza territoriale, deve focalizzarsi sulle iniziative da realizzarsi per garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino – paziente.

Per quanto riguarda la centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, ritengo doveroso portare avanti iniziative per attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

In materia di assistenza territoriale sono previste alcune proposte relative all'assistenza domiciliare palliativa specialistica da assicurarsi in ogni Regione, già previste dal decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito dalla l. n. 39/1999. Vengono proposte anche alcune disposizioni relative all'attuazione della legge n. 38/2010 sull'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore, finalizzate a garantire l'assistenza domiciliare palliativa specialistica pediatrica. Grande attenzione darà dedicata anche al tema dell'umanizzazione delle cure.

Per quanto riguarda l' Assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, con il nuovo Patto si propone che, entro il 30 giugno 2014, nella sede della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n.281/1997, venga approvato l'Accordo avente ad oggetto "Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". Tale documento risulta essere già in avanzato stato di istruttoria presso la Segreteria della Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Altro tema oggetto della proposta del nuovo Patto per la salute è la revisione dell'attuale sistema di partecipazione alla spesa sanitaria che è volta a

garantire una maggiore equità sociale ed, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare. Il 28 gennaio 2014 si è tenuta la riunione presieduta dal Ministro della salute sulla revisione della disciplina di partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni. Al termine di un approfondito dibattito si è convenuto di approfondire la problematica, in sede congiunta, tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, Regioni e Agenas, al fine di pervenire alla definizione di una proposta di articolo entro la fine del mese di febbraio.

Nell'ambito dei lavori i partecipanti hanno condiviso la necessità di rivedere il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione, al fine di garantire il perseguimento di alcuni obiettivi generali, mantenendo l'invarianza del gettito da partecipazione al SSN non solo a livello nazionale ma anche a livello delle singole Regioni.

Relativamente al tema dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari si intende rafforzare la capacità delle Regioni di raggiungere gli obiettivi e non solo strettamente finanziari, ma soprattutto gli obiettivi rivolti alla riqualificazione dei servizi, e promuovere una nuova visione dei piani di rientro ed un nuovo paradigma che li concepisca come piani di rilancio e di riqualificazione dei servizi sanitari regionali. Ritengo necessario che sia innalzato il livello istituzionale della verifica, in particolare nelle Regioni commissariate, in considerazione del fatto che i Commissari *ad acta* sono organi straordinari nominati dal Governo, e nel contempo ritengo necessario impegnare risorse sul fronte dell'affiancamento e della formazione in materia di tutela della salute e garanzia dei LEA.

La proposta del nuovo Patto tiene conto anche degli aspetti legati alla mobilità sanitaria transfrontaliera e di tutte le tematiche ad essa collegate. Novità rilevanti in questo ambito, come è noto a questa Commissione, sono state recentemente introdotte nell'ordinamento, in materia di assistenza

sanitaria, in ambito comunitario ed internazionale. Infatti, con la Direttiva 2011/24 UE, in materia di “Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera”, recepita con il decreto legislativo n.38 del 2014, è stata prevista l’istituzione di un Punto di contatto Nazionale, che permetterà al paziente di compiere una scelta informata più adeguata al suo caso clinico e rappresenterà il punto di raccordo tra gli utenti, i prestatori di assistenza sanitaria, gli Stati membri e la Commissione. Con il Patto tra Stato e Regioni si potrebbero convenire su iniziative sinergiche di raccordo tra il punto di contatto nazionale e i punti di contatto regionali. Un ulteriore impegno è quello di rendere più trasparente il sistema e dare la possibilità ai cittadini di scegliere il luogo dove potersi curare. Tutto questo verrà realizzato anche grazie al progetto “Portale della trasparenza dei servizi per la salute”.

Relativamente all’edilizia sanitaria, l’art. 20 della legge n. 67/1988 rappresenta la continuità degli investimenti in sanità ed ha garantito, nel tempo, il mantenimento ed il rinnovo del patrimonio nazionale delle strutture sanitarie.

Non vi è dubbio che le politiche di programmazione degli investimenti pubblici destinati al patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale hanno seguito strettamente, specie nell’ultimo quinquennio, l’andamento delle politiche generali di riqualificazione dell’offerta assistenziale, caratterizzate da un necessario processo di crescente attenzione ad una assegnazione efficace ed efficiente degli investimenti, ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Gli obiettivi inizialmente individuati dal legislatore, quali la ristrutturazione edilizia, l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, sono stati nel tempo integrati con finalità specifiche. Tra

queste, ci si riferisce in particolare all'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, al riequilibrio tra l'ospedale e il territorio.

Appare evidente che il programma straordinario di investimenti assume il ruolo di strumento indispensabile per supportare la riqualificazione, la riorganizzazione e la razionalizzazione del sistema di erogazione della salute, che costituisce il sistema sanitario di ogni Regione.