

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 261

INTERROGAZIONI

26° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 MARZO 2005

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

* PRESIDENTE	Pag. 3
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	6
GUIDI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> . .	3
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	7

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democraticiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 14,35.

INTERROGAZIONI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento dell'interrogazione 3-01797, presentata dal senatore Monticone e dalla senatrice Baio Dossi.

GUIDI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riferimento alla questione rappresentata dall'atto parlamentare in questione vorrei innanzi tutto sottolineare che, pur facendo riferimento ad un problema rilevante, essa ha carattere prettamente locale e attiene a competenze regionali, in quanto materia di organizzazione e gestione dei servizi assistenziali. Occorre inoltre evidenziare che l'avvenuta definizione degli accordi che debbono intervenire tra Regioni ed enti locali ai fini della determinazione dei termini dell'assunzione degli oneri relativi alle prestazioni dell'area integrazione socio-sanitaria, di cui all'allegato 1.C) del decreto della Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, è oggetto di verifica – anche nel corso di questo stesso pomeriggio – da parte del tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'articolo 52 della legge finanziaria 2003.

Per quanto attiene i provvedimenti auspicati dagli interroganti finalizzati alla definizione di un modello organizzativo idoneo a garantire il coordinamento e l'integrazione degli interventi e delle azioni svolte sul territorio dal Sistema sanitario nazionale a favore degli anziani, dei non autosufficienti e delle fasce più deboli, va precisato che il decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003, concernente l'approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005, prevede fra i dieci progetti proposti per la strategia del cambiamento, la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Si tratta, a mio parere, di un aspetto importante, come del resto da tempo evidenziato dallo stesso presidente Tomassini.

Nella consapevolezza della passata sottovalutazione del problema della non autosufficienza e anche della questione relativa al fondo nazionale, nel piano vengono individuate alcune misure prioritarie da adottare. Si tende a rendere più efficace la gestione dei servizi esistenti, attraverso l'introduzione di meccanismi competitivi volti a sostenere maggiormente le famiglie che si assumono il «peso dell'assistenza», a stimolare la pluralità dell'offerta dei servizi, ad appoggiare la rete di assistenza informale e del volontariato, a sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi, e a istituire un sistema di controllo per l'operato dei soggetti ero-

gatori dei servizi sanitari e sociali. Tutto ciò per migliorare la qualità di tali servizi, in ordine ai quali non disponiamo ancora oggi di adeguati metri di misura.

Nel documento programmatico si passa quindi da un approccio squisitamente clinico, da un sistema di offerta sanitaria fondato quasi esclusivamente sull'ospedale, ad un'assistenza basata su un approccio multidisciplinare mirata a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie e, conseguentemente, a favorire il territorio, individuato come soggetto che si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità assistenziali dei cittadini considerandole nelle loro globalità. I servizi e le istituzioni diventano i nodi fondamentali di una rete di assistenza che garantisce la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersectorialità degli interventi, nonché la continuità assistenziale del percorso terapeutico, avendo cura che venga organizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute o di bisogno.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione delle misure programmate nel Piano sanitario nazionale è stato stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 24 luglio 2003, un accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Detto documento, in vista del necessario coordinamento dei vari soggetti istituzionali coinvolti, individua specifiche dimensioni collaborative che consentono, alla luce degli obiettivi strategici e generali già individuati nel piano, di precisare meglio obiettivi specifici e implementare politiche di intervento di comune interesse. In concreto, le menzionate dimensioni collaborative si articolano in singole priorità, tra cui la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza.

A seguito dell'accordo il Ministero della salute ha presentato una proposta al CIPE avente ad oggetto l'assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi del piano sanitario per l'anno 2003, con la quale, tra l'altro, viene assegnata alle Regioni stesse a quota capitaria la somma di 1.097 milioni di euro per la realizzazione di progetti specifici ritenuti prioritari individuati nel documento del 24 luglio 2003 succitato. Su tale assegnazione, in data 2 ottobre dello stesso anno, la Conferenza Stato-Regioni ha espresso la necessaria intesa. Successivamente le Regioni Basilicata, Toscana, Sardegna, Liguria, Veneto, Umbria, Marche, Molise, Lazio, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Calabria e Puglia hanno fatto pervenire al Ministero della salute le deliberazioni inerenti all'approvazione dei programmi complessivi per l'anno 2003 e le attività relative alle cinque linee progettuali di cui all'accordo già detto. Tutti i programmi concernono la rete integrata dei servizi socio-assistenziali e sanitari per la non autosufficienza.

A seguito della proposta formulata dal Ministero della salute, la Conferenza Stato-Regioni, sempre nel 2003, ha deliberato l'ammissione al finanziamento dei suddetti progetti. Anche i progetti delle Regioni Campania, Abruzzo e Sicilia sono stati oggetto di approvazione con successiva deliberazione della Conferenza Stato-Regioni in data 20 maggio 2004,

avente ad oggetto «Proposta del Ministero della salute di individuazione dei progetti per la realizzazione degli specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2003-2005 delle Regioni Campania, Abruzzo e Sicilia».

La necessità di garantire un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti è stata recentemente ribadita, anche dal sottoscritto, nell'ambito dell'accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 luglio 2004. In particolare, detto documento, nel fornire alle Regioni per l'anno suddetto indirizzi progettuali per l'elaborazione di piani specifici ai sensi del articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, nell'ambito delle suddette cinque linee prioritarie individuate dall'accordo già più volte nominato, ha tra l'altro evidenziato la necessità di un maggiore coordinamento delle strutture sanitarie presenti sul territorio a diverse intensità di diagnosi e cura per garantire che il paziente venga preso in carico e gestito nel più breve e opportuno tempo possibile, così da ottenere in ogni momento la prestazione più appropriata, nel luogo più appropriato. Nella medesima seduta, la Conferenza Stato-Regioni ha espresso l'intesa sulla proposta del Ministro della salute di assegnare le risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale 2003-2005 più volte nominato.

Relativamente al quesito sulla ridefinizione delle politiche sociali mediante l'aumento delle risorse allocate nel Fondo nazionale delle politiche sociali, il competente Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha segnalato che, a seguito della riforma approvata con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche del Titolo V della Parte II della Costituzione, le attività in materia di politiche sociali hanno subito profonde modificazioni. In coerenza con il consolidarsi della nuova architettura istituzionale, a partire da quanto detto, le risorse afferenti al Fondo per le politiche sociali che discendono da norme di settore o da disposizioni contenute in precedenti leggi finanziarie sono trasferite alle Regioni come Fondi indistinti, senza vincolo di destinazione. In tal modo, le Regioni con programmazione degli obiettivi e delle priorità in materia di politiche sociali possono in conformità assegnare le relative risorse finanziarie.

Il Ministero suddetto ha precisato che la Corte costituzionale ha sancito l'illegittimità dell'istituzione di Fondi con vincolo di destinazione per le funzioni pubbliche regionali o comunali, confermando che l'articolo 119 della Costituzione prevede espressamente che tali funzioni debbano essere integralmente finanziate tramite i proventi di entrate proprie e la compartecipazione al gettito dei tributi erariali, nonché di quote del Fondo perequativo di cui all'articolo 19, comma 3. In proposito (così si è espressa la Corte) è contraria alla disciplina costituzionale vigente la configurazione di un Fondo settoriale di finanziamento gestito dallo Stato, che violerebbe in maniera palese l'autonomia sia di entrata che di spesa delle Regioni e degli enti locali e manterrebbe allo Stato alcuni poteri discrezionali nella materia a cui si riferisce.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Ringrazio il Sottosegretario per l'ampia disquisizione sul documento programmatico e sulle linee del Ministero; in merito all'interrogazione, però, dichiaro la mia profonda insoddisfazione.

È stato interessante, infatti, ascoltare questa ampia illustrazione del Sottosegretario, tuttavia l'interrogazione verteva su un fatto specifico verificatosi presso la ASL 8 di Chieri in Regione Piemonte, che si manifesta anche presso altre aziende sanitarie italiane: mi riferisco alla presenza di una popolazione non autosufficiente e all'esigenza di ricovero presso strutture residenziali (RSA, residenze sanitarie assistenziali) al cui interno è prevalente la parte sanitaria, ma è presente anche una parte socio assistenziale. Il relativo costo viene così ripartito: una quota è a carico della Regione, una quota è a carico della famiglia, secondo un sistema di compartecipazione. Nel caso di specie, è stato deciso un aumento ingiustificato che può interessare anche famiglie con reddito medio-basso: un aumento di 10 euro al giorno, moltiplicato per trenta giorni, significa un esborso di 300 euro in più al mese che ogni famiglia si deve sobbarcare. Si tratta di una cifra altissima, che impedisce a parte della popolazione non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente ospitata nelle RSA di questa ASL la stessa permanenza all'interno di tali strutture. Può sembrare un problema banale, invece è un problema sostanziale che coinvolge molte famiglie.

Nell'interrogazione non chiedevamo tanto di andare ad interferire nella politica regionale, quanto di esercitare quella funzione di controllo che il Ministero ha in relazione ad una eventuale politica di disegualianza esercitata sul territorio.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 15,45.

ALLEGATO

INTERROGAZIONE

MONTICONE, BAIÒ DOSSI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'Azienda Sanitaria Locale 8 della Regione Piemonte, con sede in Chieri, con una lettera del giugno 2004 ha disposto un aumento di circa dieci euro al giorno delle rette fissate per le case di riposo per anziani con retroattività dal 1° gennaio 2004;

secondo quanto sostenuto dalla stessa ASL, tale aumento sarebbe giustificato dall'applicazione dei livelli essenziali di assistenza sull'area socio-sanitaria per la ripartizione della spesa tra il servizio sanitario regionale e il cittadino per favorire l'inserimento residenziale e semiresidenziale degli anziani non autosufficienti;

l'ASL 8 di Chieri è competente su un territorio comprendente 40 comuni e 284.000 abitanti, di cui molti anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti;

la Regione Piemonte, in data 1° aprile 2003, al fine di concertare una ripartizione equa e razionale della spesa per l'inserimento residenziale e semiresidenziale a favore degli anziani non autosufficienti, ha istituito un tavolo congiunto Regione-Territorio di cui fanno parte gli Assessori regionali, le rappresentanze degli enti locali e delle aziende sanitarie e le rappresentanze sindacali ed è integrato con le rappresentanze del volontariato e del privato sociale;

durante le varie riunioni tenute dai componenti del tavolo congiunto si è stabilito che le tariffe e le ripartizioni sarebbero rimaste congelate fino alla fine dei lavori;

l'ASL 8 di Chieri, contravvenendo all'accordo, non solo ha disposto un aumento delle rette ma ne ha anche stabilito la retroattività a partire dal 1° gennaio 2004;

per le famiglie a basso reddito il pagamento delle rette stabilite dall'ASL 8 di Chieri, anche alla luce della diminuzione del potere di acquisto dei salari, risulta insostenibile,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ritenga opportuno adottare iniziative, nell'ambito delle sue competenze, affinché l'ASL 8 di Chieri disponga la sospensione dell'aumento delle rette fissate per le case di riposo ubicate nel territorio di sua competenza in attesa di una nuova definizione dei criteri di ripartizione delle rette, da definirsi attraverso un percorso di concertazione tra i vari soggetti partecipanti al tavolo congiunto;

se intenda adottare urgenti provvedimenti al fine di definire un modello organizzativo tale da garantire il coordinamento e l'integrazione de-

gli interventi e delle azioni svolte sul territorio dal sistema sanitario nazionale e dal sistema socio-assistenziale e concordare le basi di un percorso metodologico per la gestione ed il finanziamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti e, più in generale, delle fasce più deboli; se non ritenga opportuno prevedere, alla luce dei fatti esposti, una ridefinizione delle politiche sociali a favore delle fasce più deboli e degli anziani, anche attraverso l'aumento delle risorse allocate annualmente nel Fondo nazionale delle politiche sociali.

(3-01797)