

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO****AUDIZIONE****22.****SEDUTA DI MERCOLEDÌ 5 OTTOBRE 2016****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO MARAZZITI****INDICE**

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Marazziti Mario, <i>Presidente</i>	3
Audizione della Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, sull'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):	
Marazziti Mario, <i>Presidente</i>	3, 9, 10
Carnevali Elena (PD)	9
D'Incecco Vittoria (PD)	9
Lenzi Donata (PD)	9
Lorenzin Beatrice, <i>Ministra della salute</i> ..	3, 9

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; Movimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Area Popolare (NCD-UDC): (AP); Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: SI-SEL; Scelta Civica per l'Italia: (SCpI); Lega Nord e Autonomie - Lega dei Popoli - Noi con Salvini: (LNA); Democrazia Solidale-Centro Democratico: (DeS-CD); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (FdI-AN); Misto: Misto; Misto-Alleanza Liberalpopolare Autonomie ALA-MAIE-Movimento Associativo italiani all'Estero: Misto-ALA-MAIE; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI; Misto-Alternativa Libera-Possibile: Misto-AL-P; Misto-Conservatori e Riformisti: Misto-CR; Misto-USEI-IDEA (Unione Sudamericana Emigrati Italiani): Misto-USEI-IDEA; Misto-FARE! - Pri: Misto-FARE! - Pri; Misto-Movimento PPA-Moderati: Misto-M.PPA-Mod.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MARIO MARAZZITI

La seduta comincia alle 14.10

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione della Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, sull'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, della Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, sull'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ringraziandola per la sua presenza, faccio presente che la Ministra ha offerto la propria disponibilità a tornare in Commissione in una prossima seduta per replicare a quesiti e osservazioni che dovessero essere formulati in merito al tema oggetto della presente audizione.

Do quindi la parola alla Ministra Lorenzin per la relazione.

BEATRICE LORENZIN, *Ministra della salute*. Signor presidente, onorevoli deputati, desidero innanzitutto ringraziarvi per la possibilità che mi date di fare il punto su un argomento di straordinaria importanza per la salute dei nostri concittadini, quale l'aggiornamento dei LEA.

L'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza è finalmente realtà dopo 15 anni, il nuovo nomenclatore delle protesi dopo 17 anni e in questo contesto ci apprestiamo anche ad approvare il nuovo Piano nazionale dei vaccini.

Quanto alla copertura economico-finanziaria di questo DPCM, che include i nuovi Livelli essenziali di assistenza, il nomenclatore delle protesi audiovisive e il Piano nazionale vaccini, confermo che è del tutto coerente con lo stanziamento di 800 milioni di euro varato dalla legge di stabilità del 2016, come peraltro attestato dal Ministero dell'economia e delle finanze e certificato dall'intesa intervenuta nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 7 settembre 2016, dopo un'istruttoria approfondita da parte dei tecnici dello Stato e delle regioni durata più di un anno e che ha visto il coinvolgimento delle principali associazioni dei pazienti.

Colgo l'occasione per evidenziare che per un nuovo aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza non bisognerà attendere altri 15 anni. È stata, difatti, già istituita, con decreto del 16 giugno 2016, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, con il compito di: monitorarne costantemente il contenuto; escludere prestazioni, servizi o attività che divengono obsoleti; valutare l'inserimento e l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di trattamenti che si dimostrano innovativi o efficaci per la cura dei pazienti; perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso il trasferimento all'ambito assistenziale più sicuro e appropriato.

Lo schema di DPCM « LEA », come saprete, è stato approvato nella seduta straordinaria della Conferenza Stato-regioni del 7 settembre 2016 ed è imminente la trasmissione del testo, da parte della Presi-

denza del Consiglio dei ministri, al Parlamento. In particolare, l'intesa ha previsto: le modalità per l'erogazione degli ausili protesici; l'introduzione delle nuove vaccinazioni secondo il calendario previsto dall'emanando nuovo Piano nazionale vaccinale del 2016-2018, parte integrante dell'intesa. Per le vaccinazioni, in generale è prevista una gradualità negli obiettivi di copertura dal 60 per cento della popolazione interessata nel 2016 al 95 per cento della popolazione interessata nel 2018.

La stessa intesa, inoltre, affida specifici compiti alla Commissione LEA. Tra questi: la proposta di aggiornamento del DPCM entro il 28 febbraio 2017; la ridefinizione della lista dei DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario o diurno ovvero l'individuazione di soglie nazionali o di strumenti alternativi per favorire l'appropriatezza dei ricoveri per acuti e di riabilitazione e il migliore uso delle risorse; l'aggiornamento delle condizioni di erogabilità dell'adroterapia; la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nazionali per le più diffuse malattie croniche; la valutazione delle evidenze scientifiche relative al profilo costo-efficacia degli interventi di prevenzione collettiva; l'individuazione di procedure *evidence based* per la valutazione del profilo costo-efficacia dell'innovazione tecnologica e dell'innovazione organizzativa in tutte le aree assistenziali, avvalendosi della cabina di regia per l'Health Technology Assessment (HTA), di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2015; l'individuazione di procedure per l'esecuzione di studi osservazionali per la valutazione comparativa di efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, anche avvalendosi dei canali di finanziamento della ricerca sanitaria.

La legge di stabilità per il 2016 ha segnato un cambio di passo per il Servizio sanitario nazionale sulla base di due aspetti fondamentali. Il primo è una politica fondata non più sui tagli lineari e sui tetti ai singoli fattori produttivi (personale, privato accreditato, farmaci eccetera), ma sul miglioramento dei processi clinici organizzativi di tutti i soggetti pubblici e privati che

concorrono al Servizio sanitario nazionale. Fondamentali e paradigmatiche per il cambiamento avviato sono le norme sulla produttività e qualità assistenziale delle aziende pubbliche e sulla responsabilità professionale.

Il secondo aspetto è un cambio di approccio nel rapporto tra Stato e regioni. Lo Stato mette a disposizione leve e strumenti e le regioni sono responsabilizzate nel raggiungimento degli obiettivi economici e qualitativi definiti. Lo Stato, inoltre, fornisce alle regioni supporto e affiancamento.

L'intento di promuovere una revisione della spesa che non si traduca in una riduzione dei servizi offerti, peraltro, è testimoniato anche dal fatto che la stessa legge di stabilità del 2016 ha vincolato 800 milioni di euro per l'approvazione del provvedimento di aggiornamento dei LEA e ha ridisegnato, semplificandola, la procedura di adozione del provvedimento di aggiornamento dei LEA. In particolare, si tratta di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottarsi su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Il lavoro è stato condotto aggiornando i contenuti dello schema di provvedimento elaborato nel 2015.

Pertanto, dal lavoro già fatto abbiamo ritenuto necessario avviare una ricognizione a livello regionale per verificare i livelli di assistenza già garantiti nell'ambito regionale come extra LEA ovvero quelle prestazioni aggiuntive che possono essere erogate ai pazienti unicamente nelle regioni virtuose, non soggette a piani di rientro. La presenza di extra LEA determina una conseguenza rilevante nell'erogazione delle cure: i pazienti non possono uniformemente usufruire delle medesime prestazioni sul territorio nazionale.

Il nuovo schema di DPCM ha anche la finalità di consolidare all'interno dei LEA nuove prestazioni, innalzando il livello di assistenza garantito dal Servizio sanitario nazionale e rendendolo altresì uniforme sul territorio nazionale. Il tema della uni-

formazione delle prestazioni è stato il *fil rouge* che ha guidato la stesura dei nuovi LEA per rendere accessibili le prestazioni sia diagnostiche sia terapeutiche su tutto il territorio nazionale. Gli extra LEA già prestati da alcune regioni entrano nei LEA e le regioni che invece non erogavano tali prestazioni avranno la possibilità di farlo. In più ci sono i nuovi LEA che valgono per tutti.

Con riferimento al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, insieme a tutte le regioni e province autonome è stato condotto un complesso lavoro per associare le prestazioni ambulatoriali incluse nei nomenclatori regionali, da una parte, al nomenclatore nazionale vigente (NV) e, dall'altra, al nuovo nomenclatore, chiamato NN. Pertanto, è stato possibile individuare e qualificare le nuove prestazioni già erogate nelle varie regioni. Per quattro regioni in generale è stata riscontrata una sovrapposibilità con il nuovo nomenclatore nazionale, come vi dicevo prima.

Tenendo conto di tale sovrapposibilità, ovvero che molte delle prestazioni del nuovo nomenclatore sono già erogate dal sistema sanitario nazionale sia perché già previste in alcuni nomenclatori regionali sia perché attualmente erogate in altro ambito, è stato ipotizzato un impatto economico relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale pari a 380 milioni di euro — 848 milioni meno 468, quindi.

In sintesi, l'impatto complessivo del provvedimento è stato stimato, per il primo anno di entrata in vigore dei nuovi LEA, in 685 milioni. Tale importo nel primo anno è inferiore agli 800 milioni previsti in legge di stabilità per l'inserimento graduale e concordato con le regioni delle nuove coperture vaccinali: 60 per cento nel primo anno, 75 per cento nel secondo e 90 per cento nel terzo.

I 685 milioni sono allocati nei tre livelli assistenziali, destinando 571 milioni per l'assistenza distrettuale (così suddivisi: specialistica 380 milioni; protesi 179 milioni; tutela di particolari categorie 11 milioni) e 134 milioni di euro per la prevenzione sanitaria cioè i vaccini.

20 milioni di euro sono calcolati come risparmio per il Servizio sanitario nazionale per il trasferimento di prestazioni dall'assistenza ospedaliera ad altri ambiti assistenziali, ciò in base all'elenco delle prestazioni che erano state approvate dal Patto della salute del 2009 e che gran parte delle regioni hanno già recepito e attuato da anni. È evidente, quindi, come i numeri e il percorso seguito dimostrino la scelta di investire in prevenzione e in ambiti extra ospedalieri.

Visto che ho l'opportunità di approfondire il tema, terre a spiegare che non siamo partiti dal dato di 800 milioni per poi, su questi, disegnare i nuovi LEA, il nomenclatore e i vaccini. Abbiamo fatto un lavoro precedente molto approfondito, che è durato quasi un anno, con il quale abbiamo stabilito le quantità e la contabilità di quanto era necessario. Dopodiché abbiamo vincolato quella cifra all'aumento del Fondo sanitario e tra l'altro sarà non *una tantum*, ma un dato strutturale all'interno del sistema di spesa delle regioni.

Passo ora alle principali novità e a una sintesi dei contenuti. Mi scuso se sarò didascalica, ma ritengo che l'importanza della materia e il numero di persone coinvolte richiedano una descrizione più particolareggiata. Vi lascerò comunque la nota e tutto l'elenco.

Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale viene aggiornato dopo circa 20 anni, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete; rivedendo profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica, che per ogni singola prestazione fa riferimento a un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni; introducendo prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico, come ad esempio l'adroterapia, o di tecnologia recente, come l'enteroscopia con microcamera ingeribile o la radioterapia stereotassica.

Ricordo che per le prestazioni di adroterapia, che garantisce in alcuni casi risultati migliori rispetto alle più avanzate tecniche convenzionali, in accordo con le regioni, abbiamo definito le condizioni di

erogabilità per dieci tipologie di tumore, come ad esempio i tumori solidi pediatrici e i tumori del tronco encefalico, e rinviato ai lavori della Commissione LEA l'individuazione di ulteriori indicazioni.

Voglio richiamare l'attenzione sulla rilevanza di questa iniziativa, in considerazione che, a oggi, l'adroterapia è garantita solo a pochissimi pazienti residenti in Lombardia e in Emilia-Romagna e comunque dietro pagamento del *ticket*. Gli altri pazienti sono costretti a pagare 26.500 euro per un solo ciclo.

Viene previsto inoltre l'inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi concernenti la procreazione medicalmente assistita (PMA) omologa ed eterologa, sino a oggi erogate solo in regime di ricovero. In merito si rappresenta che, all'attualità, i costi delle prestazioni di PMA eseguite in struttura ospedaliera privata si aggirano tra i 2.500 e i 3.000 euro per ciclo di cura.

Particolare attenzione è stata dedicata all'assistenza specialistica in gravidanza e alla tutela della maternità. In quest'area sono state previste: nella funzione preconcezionale, le prestazioni specialistiche più appropriate per l'accertamento del rischio procreativo (prima visita specialistica di genetica medica e nuovi test genetici); per la gravidanza fisiologica, l'ampliamento delle prestazioni per il monitoraggio secondo le specifiche linee guida, incluso il test combinato, parametri di laboratorio in combinazione con le indagini ecografiche eseguite presso strutture appositamente individuate dalle regioni; per l'accesso alla diagnosi prenatale, l'aggiornamento delle indicazioni secondo le più recenti linee guida, ovvero le condizioni biologiche genetiche, l'alterazione dei parametri ecografici e biochimici molecolari, le patologie infettive che determinano un rischio per il nascituro.

Colgo inoltre questa occasione per ribadire gli impegni che sono stati condivisi nei mesi scorsi con le regioni e la Federazione nazionale degli ordini dei medici e che il Ministero ha già iniziato a realizzare: coinvolgere le società scientifiche e la Federa-

zione dei medici nella realizzazione dei principali obiettivi della programmazione sanitaria, dall'attuazione del Piano nazionale cronicità alla razionalizzazione della rete ospedaliera, alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, il cui monitoraggio costituirà oggetto del nuovo sistema di garanzia dei LEA (a questo proposito, segnalo che numerosi incontri sui diversi temi si sono già svolti o sono in programma); attivare un tavolo congiunto di confronto sull'appropriatezza prescrittiva con la partecipazione del Ministero della salute, delle regioni e della Federazione nazionale degli ordini dei medici, che potrà avvalersi anche dell'apporto delle società scientifiche (il tavolo ha collaborato con il Ministero e le Regioni nella riformulazione delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni di appropriatezza che sono state inserite nel nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale).

Attraverso il coinvolgimento dei medici nella *governance* del sistema sono state superate le principali criticità della fase attuativa ed applicativa del DM del 9 dicembre 2015. È stata fornita un'adeguata informazione presso i pazienti, anche attraverso specifiche campagne di comunicazione, con l'obiettivo di facilitare la comprensione del contenuto del DM e di garantire che i pazienti cronici e gli invalidi rimangano salvaguardati dalle vigenti disposizioni.

Tale percorso ha condotto a una definizione delle indicazioni di appropriatezza clinica e delle condizioni di derogabilità inserite nello schema del DPCM « LEA », in piena condivisione con le società scientifiche e la Federazione degli ordini dei medici. In particolare, per alcune prestazioni sono state individuate indicazioni di appropriatezza prescrittiva per supportare i medici nella loro attività diagnostica e clinica e, per un numero ridotto di prestazioni, sono state individuate condizioni di erogabilità (si vedano, ad esempio, le prestazioni di adroterapia e di procreazione medicalmente assistita) vincolanti ai fini dell'inclusione nei LEA.

Il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, aggiornato dopo ben 17 anni,

consentirà di prescrivere: ausili informatici e di comunicazione, inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità, apparecchi acustici e di tecnologia digitale, attrezzature domotiche, sensori di comando e controllo per ambienti, allarme e tele-soccorso, posateria e suppellettili adattati per le disabilità motorie, barelle adattate per la doccia, scooter a quattro ruote, carrozzine con sistema di verticalizzazione, carrozzine per grandi e complesse disabilità, sollevatori fissi e per vasca da bagno, sistemi di sostegno nell'ambiente bagno, maniglioni e braccioli, carrelli servoscala per interni, arti artificiali e tecnologie avanzate, sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

Rispetto all'assistenza protesica, vi segnalo inoltre che sono state trasferite dall'elenco delle protesi e ortesi su misura all'elenco degli ausili di serie numerose tipologie di ausili di fabbricazione industriale, come ad esempio stabilizzatori, triciclo, passeggino, carrozzine ad autospinta pieghevoli ed elettriche, seggiolone polifunzionale, apparecchi acustici. Tra l'altro, i dispositivi di serie vengono distinti in due sotto-insiemi a seconda che richiedano o meno la presenza del tecnico abilitato per l'applicazione o la messa in uso del dispositivo.

Il nuovo schema di DPCM, inoltre, per i dispositivi di serie conferma l'attuale disciplina della fornitura attraverso le gare. Devo subito chiarire, però, per evitare qualsiasi fraintendimento, che continueranno a essere garantiti anche dispositivi su misura per le persone che presentano particolari situazioni di *handicap* e per le quali i dispositivi di serie non sono adeguati.

Quanto alle malattie rare, il provvedimento prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare erogate in regime di esenzione, realizzato mediante l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie. Alcune tra le nuove malattie rare sono le sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva, la miastenia grave, la sindrome da neoplasie endocrine multiple, gli iper-

insulinismi congeniti, le malattie perossisomiali, le sindromi da deficit congenito di creatina, le piastrinopatie autoimmuni primarie e croniche, la miosite eosinofila idiopatica.

Si può stimare che la prevalenza dei malati rari, complessivamente considerati, sia da 7,5 a 10 per 1000 residenti. In base a queste stime, in Italia ci sarebbero dai 450.000 ai 600.000 malati rari, di cui solo 300.000 presentano forme comprese nell'elenco del 2001. Si darà, quindi, assistenza a più di 300.000 persone.

Quanto alle malattie croniche, segnalo che sono introdotte 6 nuove patologie esenti: la sindrome da talidomide, per la quale è già stato esteso l'indennizzo con l'articolo 21-ter del decreto legge n. 113 del 2016 - approfittando dell'occasione per ringraziare le Commissioni parlamentari di Camera e Senato per il lavoro fatto su questo tema, che ha ricevuto grande attenzione; l'osteomielite cronica (circa 8.000 nuovi esenti); le patologie renali croniche (circa 10.000 nuovi esenti); il rene policistico autosomico dominante (circa 50.000 nuovi esenti); l'endometriosi negli stadi clinici moderato e grave (circa 300.000 nuovi esenti) - l'endometriosi è un tema su cui abbiamo davvero fatto un grandissimo lavoro; stiamo parlando di 300.000 donne e sappiamo che si tratta di una patologia molto complessa e trascurata per moltissimo tempo; la broncopneumopatia ostruttiva negli stadi clinici moderato, grave e molto grave (circa 300.000 nuovi esenti).

Vengono inserite tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare e che purtroppo non sono più rare, quali la malattia celiaca, la sindrome di Down, la sindrome di Klinefelter, le connettiviti indifferenziate. Viene previsto, come dicevamo, l'inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti negli stadi clinici moderato e grave. Di conseguenza si riconosce alle pazienti il diritto a usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche e di controllo. Si stimano circa 300.000 esenzioni.

Quanto alla celiachia, come già ricordato, è stata inserita tra le malattie croniche in quanto il percorso diagnostico di

tale patologia non risulta, a oggi, tortuoso, lungo e oneroso come avviene per i malati rari e i dati epidemiologici della malattia celiaca non rispettano il limite di prevalenza inferiore a 5/10.000 abitanti stabilito a livello europeo per le malattie rare. Per la celiachia sono mantenute in esenzione tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese nei LEA e utili al monitoraggio della patologia e alla prevenzione delle complicanze e degli eventuali aggravamenti. Come per tutte le malattie croniche, è sufficiente una certificazione di malattia redatta da uno specialista del Servizio sanitario nazionale per ottenere il nuovo attestato di esenzione. Viene inoltre mantenuta la disciplina della concessione degli alimenti ai celiaci.

Quanto ai vaccini viene prevista l'introduzione di nuovi vaccini, quali l'antipapilloma virus (HPV), l'antipneumococco e l'antimeningococco, e l'estensione di vaccini a nuovi destinatari: ad esempio, il vaccino per il papilloma virus verrà erogato gratuitamente anche gli adolescenti maschi, atteso il rischio di tumori anche per questi.

Di conseguenza: i nuovi nati avranno diritto a cicli di base e successivi richiami di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, *haemophilus influenzae* tipo B, pneumococco, meningococco B, rota virus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C; gli adolescenti avranno diritto a vaccino anti meningococco e anti HPV; i soggetti di età superiore ai 65 anni a vaccino antinfluenzale stagionale; i soggetti di età pari a 65 anni a vaccino anti pneumococcico e vaccino anti-Zoster. Avrete una tabella di dettaglio che vi descrive le varie fasce di età.

In merito all'importanza della diffusione dei vaccini, si rammenta che l'emanando Piano nazionale vaccini prevede l'elaborazione di un piano di comunicazione istituzionale sulla fondamentale rilevanza di ricorrere alle vaccinazioni.

Quanto all'assistenza ospedaliera, è stata anche disciplinata: l'introduzione dello *screening* neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita e l'esten-

sione a tutti i nuovi nati dello *screening* neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie – a tal riguardo, comunico che l'iniziativa è stata avviata in attuazione della legge n. 167 del 2016 in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie – e la garanzia dell'analgia epidurale nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'accordo sancito in Conferenza Stato-regioni e province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 rispetto al volume di parti annui.

Quanto all'autismo, il nuovo schema di decreto recepisce la legge n. 134 del 2015 e prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico. Le novità in questo campo sono: la qualità dell'assistenza, per cui è previsto nel percorso di diagnosi, cura e trattamento l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili; l'integrazione nella vita sociale, per cui vengono promossi il reinserimento e l'integrazione del minore nella vita sociale mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso interventi sulla rete sociale; il coinvolgimento della famiglia, per cui viene prestata attenzione alla partecipazione attiva della famiglia con interventi di sostegno, formazione e orientamento ad essa dedicati e coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico.

Quanto all'area socio-sanitaria, il decreto individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità e di impegno assistenziale. Ad esempio, l'assistenza domiciliare integrata ai malati cronici non autosufficienti è declinata in quattro livelli di progressiva intensità, dalle cure domiciliari di livello base alle cure domiciliari ad elevata intensità, che sostituiscono la cosiddetta ospedalizzazione domiciliare.

Analogamente, l'assistenza residenziale ai medesimi pazienti è articolata in tre

diverse tipologie in funzione delle caratteristiche delle strutture e della disponibilità del personale necessario per fornire trattamenti specialistici di supporto alle funzioni vitali, trattamenti estensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, inclusi i trattamenti estensivi e riabilitativi ai soggetti con demenza senile, e trattamenti di lungo-assistenza.

Oltre alla relazione illustrativa, che è stata approfondita ma rispettando le esigenze di tempo, ho qui un elenco dettagliato delle varie patologie che sono inserite nelle schema.

PRESIDENTE. Lo acquisiremo come documentazione a disposizione della Commissione, grazie signora Ministro.

La Ministra ha dato la sua disponibilità a tornare in Commissione per rispondere a quesiti e osservazioni nel momento in cui entreremo nel merito di questo importantissimo provvedimento sui Livelli essenziali di assistenza. La sua relazione contiene già uno spettro orientativo di grandi novità e di conferme. Sappiamo che lo schema approvato il 7 settembre del 2016 dalla Conferenza Stato-regioni era accompagnato da oltre cinquecento schede tecniche. Come commissari, credo che avremo la necessità di visionare con attenzione tutto il materiale, anche per essere più concreti, operativi e incisivi nella collaborazione o nelle sollecitazioni che forniremo al Ministro.

Io dichiarerei conclusa questa prima parte dell'audizione, ma gli iscritti a parlare sono già numerosi.

Se il Ministro si trattenesse ancora qualche minuto, potremmo svolgere un primo giro di domande.

BEATRICE LORENZIN, Ministra della salute. Posso restare ancora cinque minuti, presidente, ma credo che sarebbe il caso di entrare nel merito delle questioni quando il documento, che è molto corposo e contiene sia una parte di metodo sia una parte di merito, arriverà alla Camera.

Decidere un metodo di lavoro per poterlo esaminare in modo approfondito ma veloce credo sia la cosa migliore, anche per dare ai commissari risposte esaurienti.

PRESIDENTE. Lo vedremo in Ufficio di presidenza, ma in linea orientativa potremmo anche pensare di preparare brevi indicazioni tematiche da far pervenire al Ministro prima della prossima seduta, con la libertà di svolgere anche altri interventi. Vedremo in Ufficio di presidenza se segnalare alcuni punti focali possa essere una pista di lavoro.

Essendo troppe le richieste di intervento per i pochi minuti che il Ministro ci può dedicare, rinvierei le domande a una prossima seduta.

DONATA LENZI, (fuori microfono). Ha notizia di quando è prevista la presentazione dello schema di DPCM sui LEA alle Camere?

BEATRICE LORENZIN, Ministra della salute. So che deve arrivare presto. Lo abbiamo già trasmesso.

PRESIDENTE. Il testo è alla Presidenza del Consiglio dei ministri e da essa dipende.

Avremmo potuto lavorare su un testo provvisorio anche nei mesi scorsi. A questo punto sappiamo definitivamente che il testo è alla Presidenza del Consiglio.

ELENA CARNEVALI. Vorrei dare un suggerimento, presidente, lasciando all'Ufficio di Presidenza le decisioni da prendere.

Considerando che non conosciamo ancora la tempistica dell'esame in Commissione, credo sia molto utile per i commissari avere invece continuità rispetto all'incontro di oggi. La calendarizzazione di una nuova audizione oppure della continuazione dell'audizione odierna, visto che il materiale è già sui siti, potremmo programmarla velocemente, sperando che arrivi anche il provvedimento ufficiale per poter entrare nel merito di un'oggettiva analisi particolarmente corposa.

VITTORIA D'INCECCO. Chiedo scusa, presidente, vorrei solo dire alla signora Ministra che siamo prossimi alla campagna antinfluenzale e sarebbe auspicabile inserire la vaccinazione anti pneumococcica

per gli *over* 65. Bisognerebbe che l'iter cominciasse subito.

Volevo farlo presente affinché la Ministra possa prendere le sue decisioni.

PRESIDENTE. Temo e penso che ne siamo consapevoli in tanti. È una giusta sottolineatura.

Ringrazio gli intervenuti e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. RENZO DICKMANN

Licenziato per la stampa

l'11 novembre 2016

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA



17STC0019530