

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LA SEMPLIFICAZIONE****RESOCONTO STENOGRAFICO****INDAGINE CONOSCITIVA**

9.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 DICEMBRE 2019PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **NICOLA STUMPO****INDICE**

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Speranza Roberto, <i>Ministro della Salute</i> .	3
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3	D'Attis Mauro (FI)	10
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		De Toma Massimiliano (M5S)	11
Audizione del Ministro della Salute Roberto Speranza:		Lacarra Marco (PD)	12
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3, 10, 12	Mura Romina (PD)	11
		Piarulli Angela Anna Bruna (M5S)	11

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
NICOLA STUMPO

La seduta comincia alle 8.35.

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 e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione del Ministro della salute,
Roberto Speranza.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno della seduta odierna prevede il proseguimento del programma di audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale e, in tale ambito, avrà luogo l'audizione del Ministro della Salute Roberto Speranza, che ringrazio innanzitutto per aver prontamente accolto il nostro invito.

L'audizione è finalizzata a conoscere gli intendimenti dell'Esecutivo in materia di semplificazione dei processi amministrativi sanitari attraverso il ricorso diffuso delle tecnologie digitali e in materia di sviluppo delle nuove modalità di servizi che consentono di erogare, anche da remoto, assistenza sanitaria domiciliare ai pazienti e quindi di rafforzare la rete territoriale di assistenza e cure.

Per esigenze connesse ai lavori parlamentari, come già anticipato, chiederò al Ministro di svolgere la sua relazione e qualora non dovessero esserci i tempi per eventuali domande – se siamo tutti d'ac-

cordo – chiederò di poter inviare presso la segreteria del Ministro domande per iscritto e ricevere le risposte per iscritto. Lo potremo fare anche per i colleghi assenti, che potranno comunque seguirlo, come abbiamo detto prima, che leggere per intero la relazione del Ministro che ci verrà consegnata. Do quindi subito la parola al Ministro Speranza.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della Salute*. Grazie, presidente. Grazie ai senatori e ai deputati presenti. Io ho una relazione piuttosto corposa che però proverò, a questo punto, visti i tempi che mi vengono indicati, a leggere nelle parti fondamentali. Comunque, depositerò il testo che resterà a disposizione anche dei senatori e deputati non presenti.

Proverò ad illustrare la questione della semplificazione attraverso quattro questioni fondamentali che mi sembrano quelle su cui è più avanzato il lavoro di semplificazione rispetto alla materia della salute e mi riferisco: al fascicolo sanitario elettronico – che mi pare essere il punto fondamentale –, alla ricetta elettronica veterinaria, alla dematerializzazione della ricetta elettronica e, in ultimo, al piano nazionale per le liste di attesa. Sono questi i quattro punti essenziali attorno a cui si sta provando ad accelerare una semplificazione significativa.

Più in generale, il tema della semplificazione – come noto – è divenuto centrale nei rapporti tra cittadini e pubblica amministrazione a partire dal 1990 con il varo della legge n. 241; in quella sede è stato affrontato per la prima volta in modo sistematico con riferimento ai procedimenti amministrativi e quindi all'adozione di atti e provvedimenti. La semplificazione è tuttavia un principio fondamentale anche nel campo della erogazione dei servizi pubblici,

in quanto criterio direttivo per semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni erogate per il soddisfacimento dei bisogni primari, soprattutto di quelli garantiti a livello costituzionale, come accade per la salute. Vi è quindi una stretta correlazione tra l'articolo 32 della Costituzione e il principio di semplificazione nell'accesso alle cure, poiché solo la previsione di modalità e regole di accesso semplificate consentono di rendere effettivo il diritto alle cure in chiave universale, senza distinzioni in ragione delle condizioni personali, reddituali, culturali e sociali di ciascuno.

Procedure e modalità di presa in cura burocratiche, o comunque inutilmente complicate e defatiganti, scoraggiano il ricorso alle cure e possono ingenerare inammissibili prassi clientelari ed essere persino fonte di condotte corruttive.

Risulta, dunque, evidente lo stretto collegamento che sussiste tra necessità di semplificare le modalità di accesso ai servizi sanitari e quella di renderle sempre più trasparenti e verificabili. Solo garantendo che l'accesso avvenga in condizioni di parità di trattamento, secondo regole oggettive e verificabili, e tenendo conto della natura e della gravità della patologia, è possibile assicurare che a tutti sia garantito il diritto di cura.

L'obiettivo di garantire l'accesso alle cure secondo modalità trasparenti e semplificate può oggi essere perseguito attraverso il ricorso alle nuove tecnologie digitali e alla valorizzazione delle informazioni contenute nelle banche dati del Servizio Sanitario Nazionale e di quelle dei Servizi Sanitari Regionali.

La conoscenza del cittadino assistito è un aspetto cruciale per l'attuazione di efficaci prospettive incentrate sui bisogni di cura del paziente, in cui la qualità dei servizi erogati e la sua percezione rappresentano l'elemento cardine che sottende un reale e duraturo rapporto di corrispondenza tra offerta e domanda. In una struttura sanitaria che intende essere più orientata al paziente è auspicabile implementare i processi di gestione della relazione con il cittadino che si organizzano nella gestione unitaria e coordinata di informazioni e

dati, procedure organizzative, modelli comportamentali, nonché strumenti e tecnologie che sono in grado di gestire tutta la relazione con il paziente. Per compendiare queste esigenze ed orientare il cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile impiego dei servizi sanitari, un ruolo centrale — come prima affermavo — è destinato ad avere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico.

Com'è noto, il fascicolo sanitario elettronico è lo strumento attraverso cui il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari, per garantire un servizio più efficace ed efficiente. Per attivare il proprio fascicolo bisogna consultare le modalità adottate dalle singole regioni e province autonome.

Il documento istitutivo del fascicolo sanitario elettronico definisce principalmente: la procedura da implementare per garantire l'accesso *online* da parte dell'assistito al proprio fascicolo sanitario elettronico, attraverso il portale nazionale, in continuità e senza disservizi, anche nei casi di trasferimento in altra regione; i servizi che l'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità garantisce, in caso di gestione temporanea di un assistito, funzionali alla consultazione del proprio fascicolo sanitario elettronico; la gestione dell'indice di un fascicolo sanitario elettronico nei casi previsti dalla circolare stessa.

Si rammenta che il Ministero della Salute, in ottica di verificare l'andamento e lo stato di attuazione e di diffusione sul territorio nazionale del fascicolo sanitario elettronico, in accordo con le regioni, ha definito una serie di indicatori che permettono di rappresentare lo scenario concreto.

Nello specifico, le attività di monitoraggio sono divise in due gruppi distinti di indicatori: attuazione e utilizzo. L'indicatore di attuazione mira a rappresentare lo stato di avanzamento circa la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico regionale e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal Piano. Gli indicatori, nel dettaglio — ne cito solo alcuni — sono: componenti abilitanti lo stato di realizzazione dell'anagrafe degli assistiti, de-

gli operatori e delle aziende sanitarie e dell'infrastruttura di rete; servizi per l'accesso da parte dei cittadini, stato di realizzazione dei meccanismi di autenticazione dell'assistito, delle modalità di raccolta e gestione del consenso dell'assistito, delle modalità organizzative con cui si fornisce agli assistiti l'accesso al fascicolo sanitario elettronico e della realizzazione del taccuino dell'assistito; servizi per l'accesso da parte di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta; stato di realizzazione delle modalità organizzative con cui si fornisce l'accesso ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta al sistema del fascicolo sanitario elettronico e delle modalità di abilitazione all'accesso e all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico da parte dei medici e dei pediatri. Ancora: servizi per l'accesso da parte delle aziende sanitarie, stato di realizzazione delle modalità organizzative con cui si fornisce alle strutture sanitarie l'accesso al sistema di fascicolo sanitario elettronico e delle modalità di abilitazione dell'accesso e dell'alimentazione da parte degli operatori sanitari.

La seconda tipologia di monitoraggio, quella di utilizzo, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie. Nello specifico, gli indicatori evidenziano il numero dei cittadini assistiti che hanno prestato il consenso per l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico rispetto al numero totale dei cittadini assistiti della regione, e il numero dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio fascicolo sanitario elettronico rispetto al totale degli assistiti, per i quali è stato messo a disposizione almeno un referto negli ultimi novanta giorni; il numero dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che hanno utilizzato il fascicolo sanitario elettronico rispetto al numero totale dei medici e pediatri titolari, abilitati al fascicolo sanitario elettronico e il numero dei *patient summary* popolati da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta rispetto al numero complessivo. Ancora: il

numero di operatori sanitari abilitati rispetto al totale degli operatori sanitari dell'azienda sanitaria e il numero di referti strutturati digitalizzati, resi disponibili nei fascicoli sanitari elettronici rispetto al totale dei referti prodotti dall'azienda sanitaria.

In questa fase di avvio, i referti presi in considerazione per il monitoraggio sono unicamente quelli di laboratorio.

L'indicatore riporta dei dati di ogni struttura presente sul territorio. Nella sezione regionale specifica viene visualizzato un grafico di dettaglio, di cui è riportata la somma dei valori inseriti.

Tanto premesso, in continuità con gli elementi già forniti in questa sede dal mio predecessore, nell'intervento svolto nello scorso luglio, illustro velocemente i progressi registrati in materia di attuazione delle tecnologie digitali da allora.

Nel dettaglio, per quanto concerne il fascicolo sanitario elettronico, il Ministro della Salute informava allora questa Commissione dell'avvenuta approvazione da parte della cabina di regia del sistema del decreto attuativo predisposto dal tavolo tecnico di monitoraggio-indirizzo per l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico, istituito presso il Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 26 del DPCM n. 178 del 2015, che ha elaborato i contenuti, i formati e gli *standard* dei documenti sanitari e socio-sanitari, relativi sia al numero minimo di costituzione del fascicolo, sia ai documenti e ai dati integrativi.

Ciò premesso, all'indomani dell'avvenuta approvazione del 29 maggio 2019, è stato predisposto lo schema di DPCM di adozione dei nuovi documenti, segnatamente: referto di specialistica ambulatoriale; referto di anatomia patologica; referto di radiologia; lettera di dimissione ospedaliera; verbale di pronto soccorso; prescrizione farmaceutica dematerializzata; prescrizione specialistica dematerializzata; erogazione farmaceutica; erogazione specialistica; documento di esenzione.

Prima di dare ulteriore corso all'*iter* approvativo dello schema di DPCM in esame, la cabina di regia ha ritenuto necessario un

approfondimento giuridico, da condurre in sinergia con il MEF, al fine di valutare il rapporto tra tale schema e il decreto interministeriale del 4 agosto 2017, che — come noto — concerne l'interoperabilità dei fascicoli sanitari elettronici e già prevede servizi per la fornitura di metadati delle prescrizioni e prestazioni farmaceutiche e specialistiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale, disponibili nel sistema « tessera sanitaria » gestito dal MEF.

È già stato evidenziato a questa Commissione come, per implementare ulteriormente il fascicolo sanitario elettronico nell'ambito del Piano triennale per l'informatica, era stata prevista una specifica gara, volta a supportare la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico. La gara a procedura aperta, per la conclusione di un accordo-quadro, avente ad oggetto l'affidamento dei servizi di supporto, gestione e sviluppo del sistema informativo sanitario nazionale per il Ministero della Salute, a far data dal 29 novembre 2019 è stata aggiudicata in modo definitivo. È attualmente in corso l'acquisizione da parte di Consip della documentazione necessaria per la predisposizione e successiva stipula dell'accordo-quadro, cui seguiranno specifici contratti esecutivi nell'ambito di tale gara, con specifico riguardo al fascicolo sanitario elettronico. In sede di capitolato di gara è stato richiesto ai concorrenti di presentare un'apposita scheda-progetto architetture digitali, contenente la proposta di una soluzione operativa per l'utilizzo dei dati presenti nel fascicolo sanitario elettronico, al fine di consentire ai soggetti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale di attuare le politiche della qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Considerato che la diffusione del fascicolo sanitario elettronico è stata frenata dal fatto che il processo prevede l'espressione da parte del cittadino di tre diversi consensi per l'attivazione e alimentazione del fascicolo sanitario, per la consultazione da parte degli operatori sanitari e per l'acquisizione della documentazione sanitaria pregressa, sul punto, di recente, il Garante per la protezione dei dati personali, con provvedimento del 7 marzo 2019, ha for-

nito chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati relativi alla salute. In tale occasione, si è espresso nel senso di ritenere che « un'eventuale opera di rimeditazione normativa in ordine all'eliminazione della necessità di acquisire il consenso dell'interessato all'alimentazione del fascicolo potrebbe essere ammissibile alla luce del nuovo quadro giuridico in materia di protezione dei dati ». Alla luce dei chiarimenti così forniti, il Ministero, in un'ottica prospettica, sta valutando l'elaborazione di modalità finalizzate a snellire l'articolato sistema di consensi richiesti al paziente, che oggi è un elemento di freno rispetto all'implementazione di questo progetto.

È di tutta evidenza che le iniziative in esame necessitano di un adeguato finanziamento economico. Le risorse per il progetto fascicolo sanitario elettronico sono state stanziare nel Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese tra le amministrazioni centrali dello Stato per un importo totale di euro 208.250.000, ripartito negli anni 2018-2021; tali risorse dovranno essere destinate per realizzare gli interventi da parte delle regioni e da parte dell'infrastruttura nazionale di interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico del Ministero dell'Economia e delle finanze, che riguardano in particolare: la digitalizzazione e l'indicizzazione dei documenti sanitari regionali degli erogatori pubblici e privati accreditati, inclusi la relativa conservazione ai sensi dell'articolo 44 del Codice dell'Amministrazione digitale; l'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico; la corretta gestione delle anagrafi regionali degli assistiti e l'interconnessione con l'anagrafe nazionale degli assistiti, ovvero con il sistema della tessera sanitaria; l'attivazione di canali alternativi per il rilascio del consenso da parte dell'assistito; la diffusione del fascicolo sanitario elettronico per gli assistiti operatori del Servizio Sanitario Nazionale nel territorio regionale, nonché la campagna di comunicazione regionale.

Un'altra misura strategica nel processo di digitalizzazione sanitaria è la dematerializzazione della ricetta elettronica. La

ricetta elettronica — come noto — è disciplinata dal decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della Salute, già il 2 novembre 2011; è uno strumento ormai di ampia diffusione per l'accesso alle prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei cittadini. La diffusione della ricetta elettronica è giunta a un livello di copertura ormai significativamente elevato per l'ambito farmaceutico, assestandosi attorno all'85/90 per cento; invece, inferiore risulta il livello di copertura per le prescrizioni ambulatoriali, come si evince dai rilevamenti effettuati per l'anno 2019.

La ricetta elettronica, in ogni caso, ha consentito — tra l'altro — di assicurare la circolarità delle prescrizioni farmaceutiche in regime convenzionale sull'intero territorio nazionale: un cittadino può infatti recarsi in una farmacia di altra regione ed avere diritto all'erogazione dei farmaci. Come noto, in fase di prescrizione su ricetta elettronica, il medico consegna al cittadino un promemoria cartaceo, che svolge una funzione di garanzia per l'erogazione delle prestazioni, anche a fronte di indisponibilità dei sistemi informatici. Tuttavia, dopo oltre nove anni dal decreto ministeriale 2 novembre 2011, a fronte dell'affidabilità del sistema nel suo complesso, è stato avviato un percorso per arrivare alla digitalizzazione del promemoria e rendere quindi la prescrizione completamente digitale. Ma non tutte le prescrizioni che consentono l'accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale oggi sono state trasferite su ricetta elettronica. È attivo un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle finanze, del Ministero della Salute e delle regioni, per estendere alle prescrizioni che permangono in modalità cartacea, la modalità della ricetta. Queste prescrizioni riguardano, solo per esempio, i piani terapeutici, i farmaci in distribuzione diretta, le prestazioni termali, nonché le prescrizioni per l'assistenza integrativa e l'assistenza protesica. Inoltre, presso il Ministero della salute è attivo un gruppo di lavoro che si sta occupando di demateria-

lizzazione dei buoni destinati all'erogazione dei prodotti senza glutine per i malati di celiachia, che saranno spendibili ovunque in Italia, anche al di fuori della propria regione di residenza.

Alcune importanti esperienze regionali, integrate sia con le farmacie, sia con gli esercizi commerciali della distribuzione finale, hanno avuto riscontri positivi e saranno progressivamente estese a tutto il territorio nazionale.

La digitalizzazione delle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale, oltre a portare benefici per il cittadino in termini di circolarità, consente di attivare strumenti di controllo molto efficienti, sia in termini di verifiche preventive all'erogazione, sia in termini di rendicontazione da parte degli stessi erogatori, creando quindi un circolo virtuoso che, superate le difficoltà iniziali — tipiche dei processi di cambiamento —, porterà benefici all'intero sistema salute.

Un altro settore recentemente interessato dal processo di dematerializzazione delle prescrizioni cartacee è quello dei farmaci veterinari: in questo caso non si rientra nell'ambito di iniziative nate per il controllo della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale — analoga a quelle che hanno indirizzato il settore dedicato ai cittadini —, ma di un ambito che riguarda esclusivamente la tutela della salute pubblica. Il sistema della ricetta elettronica veterinaria, che comprende le fasi di prescrizione, erogazione, somministrazione e controllo, favorisce l'uso corretto dei medicinali veterinari e consente di rilevarne il consumo reale, rafforzando la lotta all'antimicrobico-resistenza e rendendo più efficiente l'attività di farmaco-sorveglianza e di analisi del rischio sanitario.

La ricetta elettronica veterinaria è obbligatoria dallo scorso 16 aprile.

Nello schema del nuovo Patto della salute, in discussione ora in Conferenza Stato-Regioni, è stata ribadita l'importanza di promuovere e realizzare gli strumenti abilitanti che migliorano le interazioni e le pratiche per l'accesso dei cittadini ai servizi erogati telematicamente dal Servizio Sanitario Nazionale, quali, in particolare: l'i-

dentità digitale, la gestione delle deleghe, l'adozione di regole *standard* e di codifiche condivise per l'interoperabilità e l'integrazione degli ecosistemi.

In materia di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie assume importanza fondamentale anche il tema della riduzione dei tempi delle liste di attesa e questo è il terzo punto principale di intervento di semplificazione. Com'è noto e come è stato già rappresentato nella scorsa audizione presso questa Commissione, il Piano nazionale del Governo delle liste d'attesa 2019/2021 è stato adottato in data 21 febbraio 2019. Ad oggi è possibile dire che tale Piano è stato recepito da tutte le regioni e le province autonome, le quali si sono impegnate ad emanare un proprio Piano regionale di governo delle liste d'attesa, atto a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, secondo i principi di appropriatezza clinica ed equità.

Il Piano nazionale ha previsto il rispetto, da parte delle regioni e delle province autonome, dei tempi massimi di attesa individuati nei loro Piani regionali di governo delle liste di attesa, per tutte le prestazioni erogate sul territorio. Per ottenere tale risultato è necessario indicare chiaramente sulle prescrizioni il quesito diagnostico, se si tratta di prestazioni in primo accesso o accesso successivo o, per le prestazioni in primo accesso, la classe di priorità. Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente, senza che questi sia rimandato al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta. Perché il sistema funzioni è necessaria la gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, sia delle strutture pubbliche, sia delle strutture private accreditate, sia per l'attività istituzionale, sia per la libera professione intramuraria. Al riguardo, tutte le agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per classi di priorità.

Sul funzionamento complessivo dei vari Piani regionali saranno compiuti diversi monitoraggi per la rilevazione dei tempi di

attesa. I dati risultanti dai monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero.

Nel Piano nazionale viene confermato che le aree cardiovascolare e oncologica sono da considerarsi aree prioritarie per lo sviluppo e il monitoraggio di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento.

Ad oggi, l'intesa sulle liste d'attesa è stata recepita da tutte le regioni e province autonome e il Piano regionale è stato adottato da venti regioni e province autonome.

Il Piano regionale è pertanto tenuto a riportare una serie di iniziative da garantire, tra le quali si indicano le più rilevanti: in primo luogo l'individuazione dei tempi massimi regionali di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelli in regime di ricovero erogate sul proprio territorio, che non potranno essere superiori a quelle nazionali. Al fine di rispettare tali parametri, si può consentire alle Asl e alle Aziende ospedaliere di assicurare ordinatamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale, che attraverso le prestazioni agiuntive.

Occorre prevedere l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini almeno per l'80 per cento della loro capacità produttiva. Al riguardo, si dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologia.

Una delle iniziative più importanti è quella di assicurare la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso dei sistemi CUP (Centro unico per le prenotazioni), in coerenza con le linee nazionali CUP di cui all'accordo Stato-regione e successivi aggiornamenti. I sistemi CUP devono gestire in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate, assicurando la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, ivi inclusa sia l'attività erogata a carico del

Servizio sanitario regionale, sia in regime ALPI (Attività Libero Professionale Intramoenia). Al contempo, devono definire funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prenotazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple. A tal fine è necessario predisporre l'attivazione di servizi dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate e l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa, in caso di prestazioni non disdette e in caso di mancato ritiro dei referti, potenziando i servizi telefonici di richiamata e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione.

Salto qualche parte per ragioni di tempo. Restando in tema di accesso alle prestazioni sanitarie per le quali assume importanza dirimente la possibilità di avvalersi delle nuove tecnologie, giova ora soffermarsi sui servizi territoriali distrettuali.

Nelle diverse realtà regionali sta assumendo rilevanza strategica la presenza di un punto unico di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, funzionalmente o strutturalmente organizzato, capace di dare una risposta efficace ed immediata al paziente con un bisogno di salute e assistenza semplice o pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di salute più complessi, per i quali è necessario valutare anche la situazione familiare, sociale ed economica.

Il Piano nazionale cronicità prevede, tra le linee di intervento proposte alle regioni, l'implementazione della diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso presso i distretti sanitari.

Un sistema di governo clinico e di gestione integrata deve anche prefiggersi, tra gli obiettivi primari, di ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicanze croniche. In quest'ottica, un ruolo significativo può essere svolto da due tipologie di servizi territoriali che hanno trovato una sistematizzazione nel Patto per la salute

2014-2016 e nel Regolamento n. 70 del 2015 e che favoriscono l'accesso ai servizi sanitari, quale: l'ospedale di comunità e i reparti ospedalieri a gestione infermieristica. Laddove non è possibile mantenere il paziente non autosufficiente presso il proprio domicilio, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce comunque l'assistenza presso strutture accreditate sia in regime residenziale che semiresidenziale.

Con riguardo ai pazienti cronici, i processi di umanizzazione diventano fondamentali. Tali processi devono promuovere l'avvicinamento di utenti operatori in una dimensione nella quale l'istituzione sanitaria diventa struttura di servizio, che accoglie, orienta e promuove il benessere, stimolando il coinvolgimento e la partecipazione di tutti. In particolare, i temi della trasparenza, dell'accoglienza, dell'orientamento e della comunicazione, costituiscono strutture fondamentali per perseguire il miglioramento delle prestazioni erogate in ottica di umanizzazione e di qualità delle cure.

Le tecnologie della sanità digitale garantiscono ormai la realizzazione di una modalità operativa a rete, facilitando l'integrazione tra le varie figure deputate all'assistenza e all'erogazione dei servizi. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la telemedicina e la teleassistenza rappresentano esempi di come le tecnologie possano migliorare l'operatività nel luogo dove il paziente vive, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti — spesso non indispensabili — e i relativi costi sociali, in un'ottica di semplificazione di accesso ai servizi sanitari. In particolare, la telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo monitoraggio dei pazienti. I servizi forniti possono comprendere varie tipologie di prestazioni che si differenziano per complessità, tempi di attuazione, utilizzo diversificato di risorse in

relazione alla tipologia dei bisogni dei pazienti.

Per favorire la diffusione della telemedicina, il Ministero della Salute e le regioni hanno approvato le linee di indirizzo nazionali, con lo scopo di fornire un riferimento unitario per l'implementazione dei servizi di telemedicina e di individuare gli elementi di riferimento, necessari per una coerente progettazione ed impegno di tali sistemi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Peraltro, sulla base di quanto premesso, è nato il Patto per la sanità digitale, aperto alla partecipazione da parte di tutti gli *stakeholders* interessati allo sviluppo di una sanità italiana sempre più efficiente ed efficace. Il Patto nasce con l'obiettivo di disegnare un piano quinquennale per la sanità elettronica, identificando i possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico/privato, capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche, destinate a finanziare gli investimenti necessari.

Anche il Patto della sanità digitale riconosce alla telemedicina un ruolo centrale. I servizi forniti possono comprendere varie tipologie di prestazioni, che si differenziano per complessità, tempi di attuazione e utilizzo diversificato di risorse in relazione alla tipologia dei bisogni dei pazienti: il teleconsulto, la telediagnosi, il teleconsulto specialistico, il telemonitoraggio sono quelli più diffusi; mentre più contenuto è il livello di diffusione per il telesoccorso e la telesorveglianza. La teleriabilitazione, infine, presenta un livello di diffusione residuale.

Il Ministero sta realizzando ancora, utilizzando i finanziamenti del Fondo sociale europeo, il PON GOV Cronicità, volto a sostenere la sfida alle cronicità con il supporto dell'ICT. Il progetto intende attivare tutte le iniziative necessarie e utili per promuovere la diffusione di strumenti e tecnologie a supporto della cronicità, potenziando la capacità di accesso anche ad altre risorse, nonché promuovendo l'approvazione dell'organizzazione della gestione dei servizi sanitari, come previsto dall'Accordo Stato-regioni sul Piano di cronicità. Questo progetto ha una durata di cinque

anni (2018-2023); i destinatari sono tutte le regioni, ma in particolare quelle in ritardo di sviluppo, cui è destinato l'80 per cento delle risorse.

Ho tagliato molti pezzi, per provare a stare nei tempi che mi erano stati detti. Consegnerò la relazione completa anche delle parti che non ho letto.

In conclusione, mi sia consentito solo di aggiungere un punto, perché anche questo fa parte del meccanismo di semplificazione. Nella giornata di ieri ho firmato il decreto relativo alle banche dati delle cosiddette DAT (disposizioni anticipate di trattamento), previste dalla legge approvata nel dicembre 2017 sul biotestamento, a cui i comuni, le regioni, i consolati, le ambasciate estere o anche i notai, possono far arrivare le disposizioni anticipate di trattamento. Aver fatto questo decreto significa aver sostanzialmente sbloccato una norma che era, da due anni, legge dello Stato, ma che di fatto, per mancanza di questa banca dati centrale, che ora col decreto è finalmente istituita e il cui funzionamento è stato disciplinato, va sostanzialmente a piena operatività. Quindi ritengo che anche questo sia un pezzo di ragionamento che riguarda le procedure di semplificazione che sono competenza della Commissione che oggi ho il piacere di incontrare.

PRESIDENTE. Io direi che, essendo riusciti a rispettare i tempi, possiamo fare qualche domanda fino alle 9.15, perché alle 9.30 alla Camera, come sapete, sono previste le comunicazioni del Presidente del Consiglio dei ministri, quindi dobbiamo essere tutti in Aula alle 9.30. Abbiamo sette minuti; c'è già qualche collega prenotato.

MAURO D'ATTIS. Grazie, Ministro. Qualche perplessità in ordine alla questione della telemedicina, ma solo perché nell'indagine che stiamo svolgendo, grazie al Presidente Stumpo, chi è venuto a relazionarci sulla telemedicina, non ci ha rappresentato un quadro così ottimistico della sua applicazione. Quindi credo sia necessario un intervento più deciso del Ministro su questo. Ovviamente, un Ministro che si è insediato da poco, al quale va riconosciuto il

fatto che ci abbia rappresentato un quadro quasi a trecentosessanta gradi della questione della semplificazione ad oggi.

La seconda questione riguarda il ruolo della nostra Commissione bicamerale. La domanda, alla quale ovviamente non le chiedo di rispondere oggi, è questa: cosa deve fare, cosa può fare la Commissione bicamerale semplificazione? Presumo che il presidente Stumpo, alla fine di tutta questa indagine conoscitiva, ci proporrà, proporremo insieme un provvedimento da portare in Aula. Cosa può portare la Commissione bicamerale semplificazione per favorire il processo di semplificazione nella sanità? È giusto e corretto che ci sia il decreto del Ministro — e meno male che c'è —, ma per una volta le chiedo cosa può fare il Parlamento? Perché una legge dovrebbe essere di iniziativa parlamentare e molto spesso, purtroppo, è di iniziativa del Governo. Questa non è una domanda alla quale le chiedo di rispondere oggi.

MASSIMILIANO DE TOMA. Buongiorno, Ministro, grazie. La mia più che una domanda è una considerazione, perché, se fosse possibile, vorrei fare una domanda ma la manderò scritta, in modo tale che così ci si possa ragionare successivamente. Mesi fa, con il presidente Stumpo ho organizzato un convegno sulla direzione della digitalizzazione, quindi l'utilizzo della tessera sanitaria, di fatto. Però, la considerazione che le pongo è questa: nei vari incontri ho avuto sempre questo problema che nasce da modelli virtuosi delle regioni, però in realtà queste regioni non dialogano fra loro. Quindi abbiamo modelli molto avanzati, ma in altre regioni invece non ci sono, o quantomeno si stanno attrezzando. Le chiedo, quindi di cercare, nell'operato che potrà mettere in campo nei prossimi mesi, di spingere sempre di più sul fatto che invece questa banca dati sia comune. Nello specifico abbiamo processi di transumanza fra una regione e l'altra, anche per quei modelli virtuosi che dicevo e, soprattutto, per le strutture che ci sono sui territori; però questo permetterebbe più che altro un dialogo e un'ottimizzazione delle risorse, quindi anche l'allocazione e la spesa migliore in questa direzione, che non

è solo per i farmaci, ma anche per le prestazioni.

Quindi la domanda non la pongo, ripeto, è una considerazione. Le domande saranno poi inviate.

ANGELA ANNA BRUNA PIARULLI. Grazie, Ministro. Ho ascoltato con interesse la sua relazione. Rifacendomi anche all'intervento del collega, sottolineo la necessità che sia informatizzato il fascicolo, in modo che ovunque si possano attingere le informazioni utili. Invece, un'altra osservazione che mi sono posta concerne il consenso del privato rispetto alla *privacy*, nella tutela dell'interesse superiore e prioritario della salute. Questa è un'osservazione che anche in passato, come direttrice di carcere, mi sono sempre posta, in ragione della necessità di garantire le esigenze e quindi trattamenti, anche nell'immediatezza, al soggetto. Vorrei sapere se si riuscirà a superare questa *impasse* rispetto al consenso al trattamento dei dati sanitari.

ROMINA MURA. Grazie. Buongiorno, Ministro. Io vorrei invece soffermarmi sul ruolo dei medici di base, perché, a proposito di semplificazione, spesso — l'ho detto anche in occasione di un'altra audizione in questa Commissione — il fascicolo sanitario elettronico non viene attivato, perché i medici di base, per motivazioni varie — molte delle quali legate anche a una loro scarsa preparazione informatica, probabilmente, a volte anche per una questione di età — non propongono e non svolgono il loro ruolo attivo e protagonista rispetto agli assistiti. Quindi si inceppa il processo di semplificazione e di efficientamento del sistema sanitario proprio nel luogo più vicino ai cittadini. Chiederei pertanto una sua attenzione, più che una risposta, come già lei ha avuto modo di dire anche recentemente, nella costruzione di un nuovo sistema sanitario, dove la medicina di prossimità, che oggi è l'anello debole, soprattutto nei territori più svantaggiati, nelle aree interne, nei piccoli comuni, diventi il punto di attenzione su cui soffermarsi per provare a costruire questo sistema di semplificazione.

MARCO LACARRA. In sintesi, perché la sua relazione, benché riassunta, è stata molto corposa e la ringrazio, anche perché è molto completa. Ha affrontato un ampio ambito, sia sulla semplificazione, ma anche sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario, quindi vado per *flash*, il potenziamento sicuramente della medicina di base, perché il *front-office* del paziente, aiuta al processo di deospedalizzazione, che è assolutamente indispensabile, perché i costi maggiori della nostra sanità sono degli ospedali. Il secondo punto: gestione sul territorio nazionale, tenendo conto ovviamente degli organismi Stato-regioni e dell'autonomia delle regioni, nella gestione della spesa farmaceutica sulla quale si può fare molto e che rappresenta una parte importante della spesa sanitaria, molte regioni non sono in grado di gestire i fenomeni come la farmaco-dispersione e l'utilizzo del farmaco a remoto con un rapporto diretto con le strutture sanitarie e soprattutto con i reparti. Soltanto alcune regioni sono all'avanguardia da questo punto di vista e ci sono, invece, regioni che spendono moltissime risorse sui farmaci, quindi bisognerebbe trovare una disciplina uniforme sul territorio. Così come gli ausili protesici:

abbiamo avuto un nomenclatore che è stato approvato con molto ritardo e non so neppure se allo stato ci sia un nomenclatore che disciplini uniformemente su tutto il territorio nazionale la spesa sugli ausili protesici. Nella nostra regione, la Puglia, abbiamo Asl che hanno un tariffario e altre Asl che invece utilizzano prezzi diversi. Se questo avviene all'interno la stessa regione, immagino avvenga sul territorio nazionale.

Sono molti altri i temi, sono sicuro che lei ci farà il piacere e l'onore di essere qui con noi per affrontarli, però su questi che le ho rappresentato credo che qualche risposta sia utile.

PRESIDENTE. Grazie a tutti. Per fare una sintesi delle cose dette, direi che appena avremo la relazione del Ministro, la manderemo a tutti i componenti della Commissione. Eventuali domande saranno inviate al Ministro e, quando avremo le risposte, potremo dichiarare conclusa l'audizione odierna.

La seduta termina alle 9.15.

*Licenziato per la stampa
il 15 gennaio 2020*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



18STC0087740