

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-10236 Binetti: Tipologie di vaccini inclusi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) ..	57
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i>	60
5-10237 Nesci: Sui fabbisogni regionali di personale sanitario	58
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i>	61
5-10238 Nicchi: Iniziative urgenti in merito alla situazione emergenziale dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Nola (NA)	58
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i>	63
5-10239 Gullo e 5-10241 Rondini: Iniziative per fronteggiare l'incremento dei casi di meningite, anche in relazione ai controlli sanitari sui migranti	58
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i>	65
5-10240 Lenzi: Sullo stato di realizzazione della rete delle cure palliative	59
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i>	67

AUDIZIONI INFORMALI:

Audizioni nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 93 Binetti, C. 755 Sbroliini, C. 2818 Binetti, C. 3095 Fucci, C. 3121 Colonnese, C. 3573 D'Incecco, C. 3614 Carnevali, C. 3670 Zaccagnini e C. 3839 Nicchi, recanti « Norme per la promozione del parto fisiologico ».	
Rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome	59
Rappresentanti di Cittadinanzattiva	59
Esperti della materia	59

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 12 gennaio 2017. — Presidenza del vicepresidente Marco RONDINI, indi del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 13.55.

5-10236 Binetti: Tipologie di vaccini inclusi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV).

Marco RONDINI, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma

5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

Paola BINETTI (Misto-UDC) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Paola BINETTI (Misto-UDC), replicando, ringrazia il sottosegretario per aver

chiarito quali vaccini sono presenti nel Nuovo piano nazionale vaccini. Si dichiara quindi sorpresa per l'atteggiamento assunto dal ministero competente, che sembrerebbe sminuire la reale portata del problema costituito dal minore ricorso alle vaccinazioni, osservando come un'adeguata qualità dell'informazione resa dalle autorità sanitarie sia parte integrante dell'offerta di servizi in materia di tutela della salute.

5-10237 Nesci: Sui fabbisogni regionali di personale sanitario.

Dalila NESCI (M5S) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Dalila NESCI (M5S), replicando, si dichiara insoddisfatta della risposta del sottosegretario, che non ha evaso i questi posti attraverso l'atto di sindacato ispettivo. Osserva altresì che l'atteggiamento del Governo in materia di fabbisogni di personale nel settore sanitario denota la volontà di dilazionare nel tempo l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie nel predetto settore.

5-10238 Nicchi: Iniziative urgenti in merito alla situazione emergenziale dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Nola (NA).

Arturo SCOTTO (SI-SEL), in qualità di cofirmatario, illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Arturo SCOTTO (SI-SEL), replicando, in qualità di cofirmatario, non si ritiene soddisfatto della risposta, osservando come i dati forniti dal Governo certifichino, di fatto, il mancato rispetto dell'accordo sottoscritto tra Stato e regioni nel-

l'ambito del cosiddetto Patto per la salute relativamente alle risorse destinate alla sanità italiana. Lamenta altresì gli effetti negativi delle gestioni commissariali nel predetto comparto, ricordando come nella recente legge di bilancio per il 2017 il Governo abbia voluto l'inserimento di una norma che consenta ai presidenti di regione di svolgere il ruolo di commissario nella propria regione, allo scopo di favorire particolarmente il presidente della regione Campania.

5-10239 Gullo e 5-10241 Rondini: Iniziative per fronteggiare l'incremento dei casi di meningite, anche in relazione ai controlli sanitari sui migranti.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che le interrogazioni 5-10239 Gullo e 5-10241 Rondini, vertendo sullo stesso argomento ed essendo stato manifestato dal Governo un orientamento in tal senso, saranno svolte congiuntamente.

Ricorda inoltre che, dopo la risposta unica del rappresentante del Governo, ciascun interrogante potrà replicare in maniera autonoma.

Deborah BERGAMINI (FI-PdL) rinuncia ad illustrare l'interrogazione 5-10239 Gullo, di cui è cofirmataria.

Marco RONDINI (LNA) illustra la sua interrogazione.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde congiuntamente alle interrogazioni in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Deborah BERGAMINI (FI-PdL), in qualità di cofirmataria dell'interrogazione 5-10239 Gullo, replicando anche a nome dell'onorevole Rondini, non si ritiene soddisfatta della risposta, osservando come la visione del Governo in materia di diffusione dei casi di meningite sia notevolmente differente da quella di numerose famiglie italiane, in particolare in Toscana, che stanno vivendo con allarme una situazione emergenziale apparentemente correlata all'elevata presenza di portatori

sani provenienti da aree geografiche a forte incidenza di patologie meningococciche.

5-10240 Lenzi: Sullo stato di realizzazione della rete delle cure palliative.

Elena CARNEVALI (PD), in qualità di cofirmataria, illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Elena CARNEVALI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta auspicando che il Ministero competente confermi il proprio impegno nel garantire un adeguato sistema di cure palliative ed un fine vita privo di sofferenze a quei cittadini che affrontano questo momento presso i loro domicili.

Mario MARAZZITI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.40.

AUDIZIONI INFORMALI

Giovedì 12 gennaio 2017.

Audizioni nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 93 Binetti, C. 755 Sbrodolini, C. 2818 Binetti, C. 3095 Fucci, C. 3121 Colonnese, C. 3573 D'Incecco, C. 3614 Carnevali, C. 3670 Zaccagnini e C. 3839 Nicchi, recanti « Norme per la promozione del parto fisiologico ».

Rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

L'audizione informale è stata svolta dalle 14.40 alle 15.20.

Rappresentanti di Cittadinanzattiva.

L'audizione informale è stata svolta dalle 15.20 alle 15.40.

Esperti della materia.

L'audizione informale è stata svolta dalle 15.40 alle 16.20.

ALLEGATO 1

5-10236 Binetti: Tipologie di vaccini inclusi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (PNPV).**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito a quanto richiesto con l'interrogazione in esame, ricordo che il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-2019), allo stato in attesa dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni, prevede un notevole allargamento dell'offerta vaccinale, attiva e gratuita, di molti dei nuovi vaccini disponibili sul mercato, alle fasce di età e per i gruppi di popolazione a maggiore rischio.

Tali vaccinazioni, poiché presenti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), devono essere garantiti ai cittadini in tutte le Regioni.

Nel caso specifico della meningite e dalle altre malattie batteriche invasive, il PNPV prevede la vaccinazione contro il meningococco B, lo pneumococco e l'*Haemophilus influenzae* di tipo B nel primo anno di nascita; la vaccinazione contro il

meningococco di sierogruppo C nel bambino di 13 mesi; la vaccinazione dell'adolescente contro il meningococco dei sierogruppi ACYW-135; la vaccinazione dell'adulto di 65 anni contro lo pneumococco.

In aggiunta, per le vaccinazioni contro meningococco e pneumococco è prevista l'offerta, gratuita e attiva, per i soggetti di tutte le età affetti da alcune condizioni di rischio specifiche per ogni patogeno, per i soggetti a rischio per esposizione professionale e per i soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni, secondo una dettagliata lista presente nel PNPV.

Infatti, questi gruppi di popolazione sono quelli a maggior rischio di meningiti ed altre malattie invasive e, quindi, costituiscono il migliore obiettivo per una strategia di salute pubblica efficiente.

ALLEGATO 2

5-10237 Nesci: Sui fabbisogni regionali di personale sanitario.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come ha già avuto modo di rappresentare il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, nella seduta di *question time* dello scorso 28 settembre, alle cui considerazioni mi associo, negli ultimi anni, nel settore sanitario, si è registrata, per effetto dei vincoli assunzionali, la carenza di diverse figure professionali e, in particolare, del personale sanitario – per la difficoltà di assicurare la programmazione dei turni di lavoro secondo *standard* minimi – la copertura delle assenze per malattie, per gravidanza. Mi limito, pertanto, in questa sede, a ribadire che, nell'ultimo anno sono state adottate diverse iniziative per trovare soluzioni volte a favorire nuove assunzioni e nello stesso tempo a stabilizzare i precari che da anni prestano la propria attività, in particolare, nei servizi più delicati come quelli di emergenza urgenza.

Mi riferisco, nello specifico, ad un primo intervento nella legge di stabilità per il 2016 con cui è stato previsto, anche al fine di consentire il rispetto della disciplina sull'orario di lavoro, un piano straordinario di assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, in parte riservate ai precari. Proprio per l'esigenza di garantire assunzioni basate sulle effettive esigenze di personale delle Regioni, tenendo conto anche del recente riordino della rete ospedaliera, è stato previsto che le assunzioni fossero indette sulla base dei fabbisogni esaminati nell'ambito dei tavoli tecnici congiunti Salute-Mef-Regioni.

Inoltre, la legge di bilancio 2017 (legge 11 dicembre 2016, n. 232), ha previsto nuove specifiche misure per garantire assunzioni e stabilizzazioni dei precari in sanità. In particolare, è stato previsto che,

nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, venga destinata una quota pari a 75 milioni di euro per l'anno 2017 e a 150 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per il concorso al rimborso alle regioni per gli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale secondo le procedure previste dal citato articolo 1, comma 543, della legge di stabilità 2016.

Tali misure, consentiranno di procedere all'assunzione di personale al fine di garantire il miglioramento dei servizi.

Per quel che riguarda, invece, la valutazione dei fabbisogni definiti dalle Regioni, la stessa è stata demandata dal legislatore al Tavolo di verifica degli adempimenti ed al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

Quest'ultimo tavolo, composto da rappresentanti delle amministrazioni centrali, Agenas e rappresentanti delle regioni, è preposto a condurre l'istruttoria sui Piani di Fabbisogno del Personale elaborati dalle Regioni.

Il Ministero della salute ha elaborato una metodologia volta a consentire l'istruttoria della documentazione trasmessa dalla Regioni in tema di personale, che è stata illustrata al Tavolo per il monitoraggio del decreto ministeriale n. 70 del 2015 in data 19 ottobre 2016 e condivisa in data 25 ottobre 2016.

A partire dal 4 novembre 2016, con la regione Molise, si è avviato un confronto sull'applicazione della metodologia ai dati di personale forniti dalle singole regioni al

fine di verificarne congiuntamente l'applicabilità nei diversi contesti organizzativi regionali. Successivamente con altre Regioni.

In data 7 dicembre 2016 si è svolta la prima riunione dei tavoli congiunti (tavolo adempimenti MEF e Comitato Lea) che, secondo quanto disposto dalla legge n. 208 del 2015, hanno valutato il piano di fabbisogno della regione Calabria, sulla base dell'istruttoria condotta dal Ministero della salute e condivisa con il Tavolo del citato decreto ministeriale n. 70. Nella stessa data si è svolta la valutazione del piano della Regione Lazio e in data 21 dicembre del piano della regione Puglia.

In data 21 dicembre si sono svolte anche le valutazioni dei piani delle regioni Molise e Sicilia, i cui verbali sono in fase di ultimazione ad opera del MEF.

Corre l'obbligo di precisare che l'estrema variabilità regionale in merito alle

regole organizzative e ai sistemi informativi ha determinato la necessità di effettuare numerosi incontri di gruppi tecnici, al fine di mettere a fattor comune possibili contributi, per addivenire ad una metodologia condivisa per la valutazione dei fabbisogni di personale. Faccio presente che ulteriore elemento di difficoltà per una corretta valutazione dei fabbisogni di personale è rappresentato dal diverso livello dello stato di avanzamento della revisione della rete assistenziale ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, in coerenza con gli *standard* del decreto ministeriale n. 70 del 2015, attualmente in fase operativa solo in alcune Regioni.

Tutto ciò ha portato alla proroga, disposta con decreto-legge n. 244 del 30 dicembre 2016, di un anno dei termini di cui della legge n. 208 del 2015, attualmente in fase di conversione al Senato.

ALLEGATO 3

5-10238 Nicchi: Iniziative urgenti in merito alla situazione emergenziale dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Nola (NA).**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli On.li interroganti per aver sollevato una problematica di significativo e attuale interesse, e colgo l'occasione per associarmi al Ministro Lorenzin, che durante il *question time* di ieri in Aula ha rinnovato il ringraziamento ai medici, agli infermieri e a tutto il personale sanitario, che assicurano in tutta Italia, ogni giorno, una qualificata assistenza alle persone malate, lavorando spesso, in particolare nei pronto soccorso, in condizioni di grandissima difficoltà.

Allo scopo di accertare quanto accaduto presso l'ospedale « Santa Maria della Pietà » di Nola, il Ministro Lorenzin ha chiesto, nell'immediatezza dei fatti, al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute, di accertare le cause che avevano determinato la gravissima situazione registratasi nell'ospedale di Nola.

I Carabinieri dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità hanno evidenziato che, tra la mattina del 7 e la serata dell'8 gennaio, hanno avuto accesso al pronto soccorso dell'ospedale di Nola 265 persone, con una punta massima di 320, rispetto ad una media giornaliera di 166 accessi.

Tale incremento, assolutamente prevedibile, tenuto conto delle festività e dei picchi influenzali, ha palesato evidenti criticità nel sistema di gestione dell'emergenza-urgenza.

Infatti, gli accertamenti compiuti hanno permesso di verificare, ad esempio, che non c'erano i protocolli che avrebbero permesso di utilizzare i posti letto tecnici disponibili, letti di dialisi e *day hospital* oncologico, e non sono stati

utilizzati i posti letto del vicino ospedale di Pollena, a quindici minuti di percorrenza da Nola.

Sul piano più generale dell'organizzazione del sistema sanitario della regione Campania, è stato accertato un ritardo nell'attuazione di alcuni fondamentali decreti emessi dal Commissario *ad acta* e dal Sub Commissario *ad acta*, concernenti la Rete Ospedaliera, la Rete di Assistenza Territoriale e l'Azienda Unica Regionale di Emergenza Urgenza.

Il Ministro della salute, pertanto, ha richiesto ai Commissari di Governo, di esercitare tutti i poteri previsti dalla legge e dal mandato commissariale, per dare compiuta e rapida attuazione a tali decreti commissariali.

Più in generale, per quanto riguarda gli aspetti economico-finanziari richiamati nell'interrogazione in esame, rammento che il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, a decorrere dal 2011, ha registrato un incremento, con riguardo all'anno 2017, il livello di finanziamento è pari a 113 milioni di euro, e quindi più elevato rispetto al 2016 di circa 2 miliardi.

Per lo stesso 2016, inoltre, il finanziamento è stato superiore di 1,3 miliardi di euro rispetto all'anno 2015.

Per il 2018 è stato determinato un ulteriore incremento di circa 2 miliardi di euro.

Sono state sviluppate, altresì, iniziative di razionalizzazione della spesa sanitaria, disciplinate sia dalla normativa nazionale sia da quella regionale, allo scopo di rendere maggiormente efficiente ed efficace l'intero sistema sanitario, eliminando gli sprechi e potenziando settori strategici

come l'innovazione, la ricerca, la formazione e la professionalità del personale dedicato.

Ciò anche al fine di liberare risorse da reinvestire nello stesso settore sanitario, come indicato nell'articolo 1 del Patto per

la Salute 2014-2016, e recepito nell'articolo 1, comma 557, della legge n. 190 del 2014.

Detta disposizione impone alle Regioni di mantenere nell'interno del circuito della sanità i risparmi conseguiti.

ALLEGATO 4

5-10239 Gullo e 5-10241 Rondini: Iniziative per fronteggiare l'incremento dei casi di meningite, anche in relazione ai controlli sanitari sui migranti.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Rispondo congiuntamente alle due interrogazioni attesa l'analogia della tematica e dei quesiti sollevati. La gestione dei flussi migratori, sotto l'aspetto sanitario, in particolar modo con riferimento al periodo di prima accoglienza e per tutta la durata della loro permanenza nei centri e nelle strutture dedicati, richiede un approccio coordinato da parte di tutte le Amministrazioni ed i soggetti a vario titolo coinvolti, per la migliore tutela possibile della salute dei cittadini e dei migranti stessi.

L'arrivo di un elevato numero di immigrati nel territorio nazionale, in tempi relativamente brevi, richiede, quindi, da parte delle Autorità Sanitarie interessate, d'intesa con tutte le Amministrazioni coinvolte, uno sforzo notevole per identificare e gestire tempestivamente gli eventi che riguardano lo stato di salute di queste persone, e che possono avere conseguenze sia a livello individuale sia a livello della comunità ospitante.

Allo stesso tempo, è necessario che alle persone che arrivano e soggiornano nel nostro Paese sia assicurata un'assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali.

L'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 relativo alle indicazioni per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome è finalizzato a garantire la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera: sia i migranti regolari, sia i soggetti temporaneamente presenti per motivi vari nel territorio nazionale, sia i migranti

irregolari, che costituiscono il gruppo più vulnerabile, a cui devono essere garantite cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e, in un'ottica di tutela della collettività. Il decreto del Ministero dell'interno 20 ottobre 2014 «Regolamento recante criteri per l'organizzazione dei centri di identificazione ed espulsione», affronta in dettaglio anche i punti relativi all'accertamento delle condizioni di salute del migrante e all'erogazione dell'assistenza medica necessaria.

Segnalo, inoltre, che il sistema ordinario, quanto i sistemi aggiuntivi di sorveglianza delle malattie infettive – quali il sistema di sorveglianza sindromica, messo in atto a seguito del massiccio afflusso di migranti dai Paesi dell'Africa Settentrionale – non hanno mai messo in evidenza situazioni di allarme per la popolazione residente e per quella migrante, anche se in situazioni di promiscuità e di disagio.

Aggiungo che i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e le attività di controllo sanitario, messe in atto direttamente a bordo delle navi della Marina Militare, nonché i controlli effettuati ordinariamente al momento dello sbarco da parte degli Uffici di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera e dei Servizi Territoriali di Assistenza Sanitaria al personale navigante di questo Ministero, non hanno evidenziato situazioni che potessero costituire una emergenza sanitaria.

Queste attività hanno, inoltre, consentito di gestire immediatamente, ed in modo appropriato, casi sospetti di malattie infettive, nonché altre situazioni sanitarie richiedenti immediata attenzione, sia che

si trattasse di malattie infettive, legate alle disagiate condizioni di vita prima e durante gli imbarchi, sia che si trattasse di condizioni patologiche quali ustioni, traumatismi, cardiopatie, diabete, esiti di poliomielite o altre affezioni neurologiche o di condizioni fisiologiche. Quanto alla malattia meningococcica, si tratta di una malattia molto grave ma piuttosto rara: in Italia si verificano meno di 200 casi l'anno, concentrati prevalentemente nella fascia di età del bambino, dell'adolescente e del giovane adulto.

Non si registra, nel nostro Paese, un « *trend* » in aumento dei casi, né una situazione di emergenza che possa richiedere l'adozione di azioni straordinarie, se non momentaneamente legate all'aumento della richiesta di vaccinazione e di accesso ai servizi vaccinali da parte della popolazione e correlate all'aumentata attenzione mass-mediatica.

In caso di positività per meningococco di una persona sana (stato di portatore), non è prevista alcuna misura restrittiva o terapeutica, anche perché la condizione di portatore dura generalmente per brevi periodi di tempo. Ne consegue che uno « *screening* » dei soggetti provenienti da aree anche ad alta incidenza non viene considerato utile.

È necessario precisare che i sierogruppi di meningococco più diffusi in Italia ed Europa sono il B e il C, mentre in Africa (soprattutto in quella Sub-Sahariana) il

sierogruppo prevalente è l'A, del quale si registrano in Italia pochi casi sporadici l'anno.

Ecco perché mi sento di confermare anche in questa sede che le misure di controllo sono la vaccinazione, come previsto dal Calendario vaccinale e, nel caso di un caso clinico, la ricerca dei contatti da sottoporre alla relativa chemioprofilassi.

Pertanto, non sussistono azioni ulteriori che questo Ministero possa o debba intraprendere nei confronti dei migranti, relativamente a un « possibile » aumentato rischio di meningite da meningococco.

Riguardo all'accesso al vaccino, il nuovo PNPV 2017-2019 – come ho avuto già modo di riferire in occasione della risposta all'On.le Binetti – è in attesa di definitiva approvazione in Conferenza Stato-Regioni, amplia la protezione vaccinale nei confronti dei meningococchi, inserendo anche l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-meningococco B per i nuovi nati (3 dosi nel corso del primo anno di vita più una dose di richiamo dopo l'anno d'età) e del vaccino tetravalente per gli adolescenti, sia come richiamo che come prima vaccinazione in caso di soggetti suscettibili, andando a sostituire il monovalente anti-meningococco C.

Il vaccino è, quindi, offerto gratuitamente solo ad alcune fasce di popolazione, che sono quelle a maggiore rischio di malattia.

ALLEGATO 5

5-10240 Lenzi: Sullo stato di realizzazione della rete delle cure palliative.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La realizzazione di strutture residenziali di cure palliative (Hospice) in tutte le Regioni italiane, come è noto, è stata disciplinata dalla legge n. 39 del 26 febbraio 1999, che ha sancito il diritto dei cittadini ad accedere all'assistenza fornita da tali strutture e ha avviato un programma nazionale, con una disponibilità finanziaria pari a circa 206 milioni di euro.

Tale legge e il relativo decreto attuativo del 28 settembre 1999, avevano disposto, per le Regioni, di presentare, all'epoca al Ministero della sanità, sia i progetti di strutture residenziali (Hospice) sia i programmi di organizzazione delle reti assistenziali di cure palliative nel territorio.

I progetti presentati prevedevano la realizzazione di 201 strutture residenziali per malati terminali prevalentemente oncologici (Hospice), con una dotazione di 2.232 posti letto, ma il programma non è stato realizzato per intero.

Si registra, inoltre, un utilizzo non omogeneo da parte delle Regioni delle somme stanziato; a fronte di una percentuale totale di utilizzo del 90,18 per cento, l'analisi dei dati disaggregati a livello regionale evidenzia in alcune Regioni una situazione critica, in particolar modo per la regione Sardegna.

Il decreto ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007, in base ai dati di letteratura allora disponibili, provenienti da esperienze del Regno Unito, ha fissato lo standard dei posti letto in Hospice in 1 ogni 56 malati di tumore (1,8 p.l. x 100 deceduti).

Dai dati del flusso informativo per le cure palliative e la terapia del dolore

emerge che, nel 2015, il numero totale di Hospice è aumentato di 30 unità rispetto al 2014, raggiungendo il numero di 261, con 2.918 posti letto (367 posti letto in più rispetto al 2014).

Il calcolo dell'indice del numero dei posti letto attivi per 10.000 residenti è risultato pari allo 0,5/10.000, rispetto allo 0,4/10.000 dell'ultima rilevazione del 2010, effettuata con il sostegno del Ministero della salute in « *partnership* » con la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), la « Fondazione Isabella Seragnoli » e la « Fondazione Floriani », nell'ambito del progetto « Rete degli Hospice italiani » e indica un buon soddisfacimento della domanda di posti letto in Hospice.

Analoga conclusione emerge dai dati relativi ai tempi di attesa per il ricovero in Hospice, che risultano soddisfacenti in tutte le Regioni italiane.

A fronte di uno sviluppo abbastanza soddisfacente dell'assistenza residenziale (Hospice), si deve rilevare una situazione ancora critica in numerose aree del Paese per quanto riguarda le cure domiciliari.

I pazienti assistiti e le giornate di assistenza in questo regime, pur se in aumento, sono ancora al di sotto del fabbisogno programmato, sia per quanto riguarda le cure domiciliari « di base » sia per quanto riguarda le cure domiciliari « specialistiche » effettuate sotto la responsabilità clinica del medico esperto in cure palliative.

Una proiezione delle giornate di effettiva erogazione di cure palliative « specialistiche » è costituita dal numero di giornate con accessi del medico esperto in cure palliative.

Il valore nazionale del numero di accessi a domicilio del medico palliativista è pari a 72.791 (il 24,1 per cento delle giornate complessivamente dedicate a pazienti in fase terminale); tale dato sembra evidenziare una diffusione ancora carente delle cure palliative domiciliari specialistiche in tutte le Regioni italiane.

Quasi tutte le Regioni hanno formalmente istituito, con propria delibera, la Rete Regionale delle Cure Palliative, ma solo recentemente alcune Regioni stanno provvedendo alla definizione dei requisiti di accreditamento della Rete, vale a dire alla definizione dei rapporti organizzativi

tra i diversi nodi della Rete (ambulatorio, reparto ospedaliero, domicilio, Hospice) e degli strumenti e delle procedure che regolano il passaggio da un nodo all'altro.

Le criticità messe in rilievo dai flussi informativi sono state segnalate alle Regioni in occasione della verifica sull'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per il 2015, ed il Ministero della salute ha inteso dare una forte sollecitazione a rispettare gli standard nazionali.

Dalla risposta delle Regioni, infatti, dipende la valutazione del Tavolo degli adempimenti LEA ai fini dell'accertamento delle « adempienze » o « inadempienze ».