



Tribunale per i diritti del malato Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici¹ (CnAMC)

Nota sullo schema di
“Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano
concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012”, trasmesso dal
Governo alle Regioni in data 20 novembre 2009

Roma, 30 novembre 2009

PREMESSA

Con la presente Cittadinanzattiva², in particolare attraverso le reti del Tribunale per i diritti del malato e del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC), intende porre all'attenzione del Parlamento, del Governo e delle Regioni la propria posizione in merito alla schema (bozza) di *“Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012”, trasmesso dal Governo alle Regioni in data 20 novembre 2009.*

LE CRITICITA'

1. Non Autosufficienza e Fondo Sociale

- **Agli artt. 1 e 9 non sembrano essere confermati** per il 2010 il Fondo di 400 milioni di euro per la non Autosufficienza e l'incremento di 30 milioni di euro per il Fondo nazionale per le Politiche Sociali, al contrario precedentemente previsti nell'“Accordo Governo - Conferenza delle Regioni e Province autonome per il Nuovo Patto della Salute 2010 – 2012” sottoscritto dal Governo e dalle Regioni in data 23 ottobre 2009

¹ Rete di Cittadinanzattiva composta da un network di 80 Organizzazioni di pazienti, tra Associazioni e Federazioni

² Via Flaminia, 53 – 00196 Roma – tel. 06/367181 – fax. 06/36718333 – mail@cittadinanzattiva.it - www.cittadinanzattiva.it



2. Efficienza ed appropriatezza dei Servizi Sanitari Regionali

- **All'art. 2 non sono previsti** tra gli indicatori di efficienza e appropriatezza dei Servizi Sanitari Regionali:
 - i **tempi massimi di attesa** per l'accesso alle prestazioni sanitarie già definiti dalla normativa nazionale e regionale
 - l'indice di **gradimento dei servizi** da parte dei cittadini/utenti/pazienti rilevato anche attraverso la metodologia della valutazione civica

Reputiamo che l'efficienza e l'appropriatezza dei Servizi Sanitari Regionali non sia riconducibile solo ed elusivamente a questioni di carattere economico, ma riguardi anche e soprattutto il grado effettivo di accessibilità ai servizi sanitari e l'indice di gradimento degli stessi da parte dei cittadini.

3. Organismi di monitoraggio (adempimenti regionali, verifica LEA, valutazione dei Servizi Sanitari Regionali)

- **All'art. 3 comma 1** non è prevista la **partecipazione dei rappresentanti delle Organizzazioni** civiche di tutela del diritto alla salute al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza
- **All'art. 3 comma 2** non è prevista la **partecipazione dei rappresentanti delle Organizzazioni** civiche di tutela del diritto alla salute alla Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato – Regioni

Il principio della partecipazione delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche socio-sanitarie è previsto in molteplici atti normativi; attraverso le Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute è possibile rilevare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari, nonché il relativo grado di accessibilità effettivamente percepito dai cittadini.

4. Aumento degli oneri economici a carico dei cittadini

- **All'art. 5** viene ulteriormente previsto, per le Regioni con squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, oltre l'aumento delle imposte IRAP e d IRPEF, anche l'**innalzamento delle tariffe** delle prestazioni rese in **attività libero-professionale** intramuraria e **dei ticket sanitari**, nonché la regressione tariffaria per le attività di riabilitazione (diminuzione soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%)

Riequilibrare i bilanci regionali attraverso l'aumento dei ticket sanitari vuol dire riconoscere a quest'ultimi esclusivamente la funzione di strumento per "fare cassa".



Aumentare le tariffe delle prestazioni rese in attività libero-professionale intramuraria vorrà dire, per i cittadini costretti ad accedervi a causa delle lunghe liste di attesa, sostenere ulteriori oneri economici.

Diminuire la soglia di degenza delle attività di riabilitazione da 60 a 45 giorni significherà per i cittadini essere dimessi più velocemente dalla struttura, con la conseguente possibile necessità di farsi carico del costo delle prestazioni che comunque si renderanno necessarie.

- **All'art. 6 comma 5** viene aumentato il numero di prestazioni ad alto rischio di inappropriata che dovranno essere erogate anche in regime ambulatoriale e rispetto alle quali dovranno essere conseguentemente definite ulteriori forme di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini (aumenta quindi il numero delle prestazioni con pagamento del ticket)
- **All'art. 13 comma 6** viene previsto il mantenimento delle aliquote IRAP e dell'addizionale IRPEF per le Regioni con i Piano di rientro;
- **All'art. 13 comma 9** per le Regioni inadempienti con Piano di rientro è previsto un ulteriore aumento delle aliquote IRAP e dell'addizionale IRPEF (rispetto al comma 6)

5. Assistenza farmaceutica

- **All'art. 8** non viene previsto il necessario **aumento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera**.

Ricordiamo che nel 2008 il tetto di spesa programmato dell'assistenza farmaceutica ospedaliera è stata ampiamente sfiorato.

6. Revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001

- **Non è stata ancora prevista la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza** di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, nonché il relativo stanziamento di specifiche risorse economiche

Ricordiamo infatti che sono ormai trascorsi inutilmente oltre 17 mesi dalla revisione dei Livelli essenziali di assistenza (di cui al DPCM del 29 novembre del 2001) attuata con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008, poi revocato per un rilievo della Corte dei conti rispetto alla mancata copertura economica di 800 milioni di euro annui.

Il DPCM dell'aprile 2008 aumentando il numero di prestazioni socio-sanitarie da garantire a tutta la popolazione, forniva una risposta al crescente bisogno di salute della cittadinanza e alle molteplici richieste, in tal senso, avanzate negli anni dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute/Associazioni di pazienti, e in particolare di Cittadinanzattiva.



Tra le principali novità che venivano introdotte dal DPCM dell'aprile 2008 e che ad oggi ancora non sono garantite ai cittadini ricordiamo:

- la revisione dell'elenco delle malattie rare con ampliamento dell'esenzione ad altre 109 malattie o gruppi
- la revisione dell'elenco delle malattie croniche esentate dal pagamento del ticket, attraverso l'inserimento di 6 nuove patologie come la BPCO, Rene policistico autosomico dominante, Osteomielite cronica, Sarcoidosi grave, Malattie renali croniche, Sindrome da talidomide), nonché la revisione delle prestazioni garantite in esenzione per numerose altre patologie.
- la revisione del "Nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili" con particolare attenzione ai portatori di gravi disabilità attraverso l'introduzione di nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale (tra i quali i comunicatori a sintesi vocale o a display, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale), ausili per la mobilità personale (sollevatori mobili e fissi), ausili per la cura e l'adattamento della casa (stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto), apparecchi acustici di ultima generazione per le persone con sordità preverbale e perverbale, ecc.

LE PROPOSTE

Ciò premesso, Cittadinanzattiva, in particolare attraverso le reti del Tribunale per i diritti del malato e del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati cronici, chiede di:

- **reinserire** per il 2010 il **Fondo di 400 milioni di euro per la non Autosufficienza** e l'incremento di 30 milioni di euro per il Fondo nazionale per le Politiche Sociali, garantendo lo stesso impegno (o maggiore) anche per gli anni 2011 e 2012
- **prevedere la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza** di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, nonché il relativo stanziamento di specifiche risorse economiche
- **aumentare l'attuale tetto della spesa farmaceutica ospedaliera**
- **diminuire gli oneri economici a carico dei cittadini** attraverso la diminuzione dell'IRAP e dell'IRPEF, nonché dei ticket sanitari
- **prevedere** forme costanti e strutturate di **valutazione del gradimento dei servizi sanitari** da parte dei cittadini/utenti/pazienti



- prevedere la **partecipazione dei rappresentanti delle Organizzazioni** civiche di tutela del diritto alla salute al tavolo di verifica degli adempimenti regionali, al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché alla Struttura Tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato – Regioni.