Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

# RESOCONTO STENOGRAFICO n. 2

**COMMISSIONI CONGIUNTE**
12ª (Igiene e sanità) del Senato della Repubblica
e
XII (Affari sociali) della Camera dei deputati

COMUNICAZIONI DELLA MINISTRA DELLA SALUTE SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTERO

*(Le comunicazioni della Ministra sono state svolte anche nella seduta del 25 luglio 2018)*

2ª seduta: giovedì 2 agosto 2018

Presidenza del presidente della 12ª Commissione
del Senato della Repubblica SILERI

CG 0051
TIPOGRAFIA DEL SENATO

# I N D I C E

**Seguito dell'audizione della Ministra della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 15
CARNEVALI *(PD), deputata* . . . . . 14
DE FILIPPO *(PD), deputato* . . . . . 7
GRILLO, *ministra della salute* . . . . . 3, 7, 14

***N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.***

*Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: FI-BP; Fratelli d'Italia: FdI; Lega-Salvini Premier: L-SP; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-Leu; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB; Misto-PSI: Misto-PSI.*

*Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega – Salvini Premier: LEGA; Partito Democratico: PD; Forza Italia – Berlusconi Presidente: FI; Fratelli d'Italia: FDI; Liberi e Uguali: LEU; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani All'estero: MISTO-MAIE; Misto –Civica Popolare-AP-PSI-Area Civica:Misto-CP-A-PS-A; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-MIN.LING.; Misto- Noi con l'Italia-USEI: Misto-NCI-USEI; Misto-+Europa-Centro Democratico: Misto-+E-CD.*

*Interviene la ministra della salute, Giulia Grillo.*

*I lavori iniziano alle ore 8,20.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Seguito dell'audizione della Ministra della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione della Ministra della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero, sospesa nella seduta del 25 luglio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

Poiché non vi sono obiezioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto, inoltre, che della procedura informativa sarà redatto il Resoconto stenografico.

Ringrazio la ministra Grillo per la sua disponibilità, ricordando che nella seduta dello scorso 25 luglio hanno avuto luogo l'illustrazione delle linee programmatiche e il susseguente dibattito.

Cedo la parola alla Ministra.

GRILLO, *ministra della salute*. Signor Presidente, come ricorderete, alcune domande erano abbastanza simili e, quindi, risponderò congiuntamente a più di un solo deputato o senatore. Per esempio, rispondo alla prima domanda sui vaccini della senatrice Cattaneo, che però non vedo, e del deputato Siani, che non mi sembra presente.

In riferimento ai dati, confermo quanto detto dalla senatrice Cattaneo. I dati relativi al 2017 ci permettono di constatare un miglioramento delle coperture vaccinali, soprattutto rispetto a quelle a ventiquattro e trentasei mesi. In proposito, da alcune settimane abbiamo chiesto i dati del primo semestre del 2018; però, non avendo ancora l'anagrafe nazionale vaccinale, questo procedimento in realtà è abbastanza complicato. Come vi ho già detto, avere un'anagrafe nazionale vaccinale completa è uno degli obiettivi che cercheremo di perseguire il prima possibile. Anzi, vi informo che il Garante della *privacy* – il cui parere era obbligatorio – ha dato il parere positivo al decreto ministeriale trasmessogli nel mese di giugno. La fase successiva è l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni e credo che anche lì saremo veloci nei tempi, in quanto abbiamo già interloquito con le Regioni. Bene o male avevamo già assorbito tutte le loro osservazioni. Non credo che verrà approvato nella prossima riu-

nione. Ieri c'è stata una Conferenza Stato-Regioni; la prossima non so qual è, ma per i primi di settembre dovremmo avere pronto il decreto ministeriale. Questa è una buona notizia. Naturalmente, come potete capire, avere pronto il decreto ministeriale non significa avere pronta l'anagrafe nazionale vaccinale; poi ci sarà tutto un lavoro con le Regioni per verificare che venga portata a compimento anche nelle Regioni dove ancora non c'è l'anagrafe regionale vaccinale, benché loro dicano il contrario. Abbiamo anche trovato delle risorse e cercheremo di metterle a disposizione delle Regioni perché, comunque, è un pezzo del sistema di infrastrutture digitale della sanità regionale che ha un costo e, quindi, cercheremo anche di aiutare. Realisticamente spero nel giro di un anno di arrivare almeno a un buon punto per questo strumento.

Come detto, i risultati più significativi rispetto all'attuazione del decreto-legge n. 73 del 2017, ossia del cosiddetto decreto Lorenzin, si sono avuti nelle prime fasce d'età, dove l'attenzione dei genitori è sempre molto elevata e dove proprio il decreto-legge ha minacciato l'esclusione non scolastica, ma dall'asilo-nido, laddove poi – voglio ricordarlo – per tutto il 2017 è stata bypassata da vari tipi di circolari. Lo dico perché ci sono arrivate giustamente delle critiche sul fatto che abbiamo deciso di prolungare la circolare. Io ho ricordato che era stata utilizzata questa metodologia per tutto l'anno. Nonostante ciò, le coperture vaccinali sono aumentate notevolmente. Non sono state riscosse sanzioni economiche – vi do anche queste notizie – tranne i 170 euro che sono nel capitolo del Ministero della salute. Ciò significa che i cittadini hanno reagito e che ci sono state delle leve psicologiche. Che sia stata la leva della paura o sia stata la leva di una maggiore consapevolezza, questo poi andrebbe, a mio avviso, analizzato.

Sapete bene che il Governo che rappresento non ama la leva della paura e preferisce le leve come l'alleanza terapeutica tra cittadino e paziente. Ciò che ha spinto questa maggioranza a pensare di modificare il decreto Lorenzin, quindi, è un approccio politico diverso, che credo sia legittimo avere, come molti Paesi legittimamente hanno un approccio politico diverso. Sapete anche – l'abbiamo detto in diverse occasioni – che non avremmo utilizzato lo strumento del decreto-legge poiché è stata una grande forzatura nella scorsa legislatura per chi, come me, c'era. Non ha consentito un dibattito approfondito e ha determinato una grande contrapposizione su un tema che, a mio avviso, più che dividere dovrebbe unire e che poi ha riflessi anche nel dibattito pubblico. Si sono create quasi delle fazioni o tifoserie, per cui chi era per l'obbligo era per i vaccini, chi era contro l'obbligo era contro i vaccini, e identificando lo strumento politico con lo strumento medico-sanitario, che invece non c'entra assolutamente nulla. L'idea, quindi, che vi riassumo, è di portare con la maggioranza in Parlamento un disegno di legge che verrà discusso con tutti voi e su cui tutti voi avrete la possibilità di intervenire, facendo anche una serie di dibattiti approfonditi e interloquendo con tutta una serie di realtà che nella scorsa legislatura non sono state ascoltate oppure, in via informale,

sono state audite – come ricorderete – al Senato, ma di cui non ne è rimasta traccia. Se ci fosse stata la senatrice Cattaneo l'avrei rassicurata.

Aggiungo anche un'altra cosa rispetto al morbillo, per esempio. L'anno passato c'è stata un'epidemia. È stata confermata recentemente perché l'analisi dei dati statistici ed epidemiologici consente non nell'immediatezza, ma nel periodo immediatamente successivo di confermare o meno. Anche quest'anno c'è un numero molto elevato di casi e anche quest'anno colpisce soprattutto la popolazione giovane-adulta del nostro Paese perché è una popolazione che non è stata vaccinata. Insieme al Parlamento, mi impegno per includere questo *target* di popolazione che non è stato toccato da questo decreto-legge. Il discorso delle sanzioni, con il «decreto Lorenzin», è solo per la fascia di età che va dai cinque ai diciotto anni, che riguarda la scuola dell'obbligo, ma dopo non c'è stata nessuna campagna o attività che intervenisse sulle persone più adulte. I dati sulle coperture vaccinali ci dicono chi ha fatto il vaccino, ma non ci dicono chi è immunizzato: io posso avere avuto pure il morbillo – ad esempio, io l'ho avuto, come penso molti di voi – ma non risultiamo nell'anagrafe. Questo è un altro argomento di cui non parla mai nessuno ma è importante per avere un dato dello stato di immunizzazione di un Paese su certi tipi di patologie e anche per capire dove sono le aree potenzialmente a rischio. Essendo il morbillo una patologia ad alto grado di contagiosità, in brevissimo tempo è importante poter identificare se ci sono delle aree che sono scoperte dal punto di vista dell'immunizzazione e che possono essere molto pericolose perché si può trovare l'immuno depresso anche momentaneo, non necessariamente per patologia cronica, e in quel caso può essere molto pericoloso. C'è un lavoro molto grosso da fare su cui noi metteremo il massimo dell'attenzione.

La modifica del decreto-legge avverrà per via parlamentare, nei tempi – mi auguro, Presidenti – adeguati, ma anche più brevi possibili. Questo è il discorso in generale sulla politica vaccinale.

Per quanto riguarda una domanda fatta dal senatore Errani in merito al finanziamento, l'obiettivo è garantire una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

A tal riguardo, ricordo che la mancata approvazione del nomenclatore delle prestazioni delle assistenze specialistiche ambulatoriali è legata proprio alle coperture finanziarie. Complessivamente, i nuovi LEA sono bloccati al Ministero dell'economia e delle finanze per una cifra, non di 40 milioni, come qualcuno è andato a dire in giro, ma di 600 milioni, che è un altro discorso. Peraltro noi, anche quando eravamo all'opposizione, avevamo già sottolineato che c'erano delle incongruenze dal punto di vista delle coperture sbandierate rispetto alle necessità delle coperture reali.

Quindi, senatore Errani, come lei ben sa, visto che si occupa anche di questi argomenti, noi non solo abbiamo il progetto, anche ambizioso – me lo faccia dire – di volere aumentare le risorse disponibili per il Servizio sanitario nazionale, ma abbiamo anche la necessità di coprire quello che non era stato coperto nella scorsa legislatura a livello economico.

Io non temo le provocazioni dei colleghi della maggioranza. È chiaro che non sarà semplice, in quanto abbiamo un programma generale che prevede anche altre misure importanti dal punto di vista economico – e lo sapete bene – ma mi viene da ridere quando mi dicono che il banco di prova è la prima finanziaria.

Noi non possiamo, cioè, fare tutto nella prima finanziaria, né abbiamo mai detto che avremmo fatto tutto nella prima finanziaria. Saremmo stati degli stolti e sconsiderati a dire una cosa del genere. Ci vorrà del tempo ma, nel frattempo, lasciatemi dire che nella sanità ci sono ancora tante aree di sprechi ed inefficienza. Ad esempio, i famosi piani di efficientamento aziendale dove sono finiti? Il decreto ministeriale si è arenato: chissà perché.

Noi non abbiamo criticato il decreto che voi avete varato. Anzi, noi riconosciamo che, tra gli interventi fatti per affrontare la situazione disastrosa di alcune aziende sanitarie, quello era assolutamente corretto. Però, molte cose non sono state fatte. Vi ricorderete, e questo è un problema molto grande, il decreto sui dispositivi medici del 2016, che non è stato mai applicato.

Come sapete, io ho molto a cuore il sistema della *governance* farmaceutica, tanto è vero che ieri abbiamo lanciato un tavolo che dovrà proporre delle soluzioni concrete da sottoporre al nuovo direttore generale dell'AIFA. Anche a tal proposito, vi sono state alcune polemiche rispetto al fatto che ancora non abbiamo reso pubblici i dati. Ancora non l'abbiamo fatto, è vero, ma li renderemo pubblici non appena concluderemo la selezione, per evitare interferenze esterne. In questa fase abbiamo deciso di procedere autonomamente senza pubblicizzare tutte le fasi. Appena l'*iter* sarà concluso pubblicizzeremo tutto.

Naturalmente, come si dice: chi fa sbaglia, chi non fa non sbaglia. Nella scorsa legislatura, però, io voglio ricordare che nessuno l'aveva mai fatto ed è quindi chiaro che ogni procedimento nuovo richiede degli assestamenti. Ci sarà qualcuno dopo di me che, evidentemente, sarà più bravo di me su questo.

Ho cercato di dare una risposta che ha affrontato vari punti rispetto alla sua domanda. Vedremo poi in seguito: noi non abbiamo la bacchetta magica, ma quello che le posso dire è che questo Governo ha sicuramente la priorità di rifinanziare per gli aspetti fondamentali alcune politiche che nella scorsa legislatura non sono state rifinanziate rispetto alla funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

Il senatore Siclari poneva una domanda sulla situazione calabrese. Tale situazione è sotto gli occhi di tutti e dire che ci siano dei problemi forse è anche dire poco. Come ho già detto, sarebbe interessante riuscire a pubblicare e rendere visibili a tutti, perlomeno per le parti salienti, i verbali dei tavoli di monitoraggio, perché da lì già si vede qual è il riscontro che il Ministero della salute dà rispetto all'attuazione di tutta una serie di procedure che sono necessarie al miglioramento della gestione sanitaria.

Se tali verbali fossero resi pubblici, voi avreste già letto tutto quello che non è stato fatto in Calabria in questi anni, che è praticamente tutto,

riassumendo in una parola. È una gestione che non è stata risolutiva ma, al contrario, ha affossato una Regione che già aveva grandi difficoltà, visti i suoi problemi. Il problema non riguarda solo la Calabria, riguarda anche altre strutture.

Ho letto, poi, della sua richiesta di uscire dal commissariamento, rispetto alla quale mi permetto di dire che essa non ha alcun tipo di fondamento, né giuridico né economico né politico. Per carità, è legittima ma non ha alcun tipo di fondamento. Poi, se vuole interloquire con noi con una interrogazione, le risponderemo per iscritto su tutte le sue necessità.

DE FILIPPO *(PD).* Non ha fondamento l'uscita? È solo una richiesta di chiarimento.

GRILLO, *ministra della salute*. Come facciamo ad uscire dal commissariamento? Non c'è nessun elemento per uscire dal commissariamento. Questa è la valutazione di questo Governo.

Come sapete, la questione dei commissari e dei *sub* commissari è una questione che nasce da una proposta del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministero della salute, poi, fa le eventuali nomine o revoche.

Senatore Siclari, mi sembra ovvio che stiamo valutando, e siamo in dirittura di arrivo, la definizione di eventuali figure da sostituire o da inserire al posto di quelle attuali per la maggior parte delle Regioni commissariate.

Il senatore Zaffini aveva posto un quesito molto importante perché, come ricorderemo noi componenti della Commissione sanità della scorsa legislatura, la maggior parte dei convegni e congressi della sanità erano organizzati su questo tema, quello della denatalità e dell'invecchiamento della popolazione.

Ricordiamo qualche dato ISTAT. Non è necessario, ma è giusto confermare la correttezza del quesito posto. Abbiamo una tendenza della diminuzione della fecondità in atto dal 2010. Il numero medio di figli per donna scende da 1,46 del 2010 a 1,34 del 2016, con un *trend* che continua ad essere in diminuzione. Si rimanda a uno scenario mediano di una popolazione italiana pari a 58,6 milioni del 2045 e 53,7 milioni nel 2065, comportando una perdita rispetto al 2016 (dove siamo a 60,7 milioni) di circa 2,1 milioni di residenti nel 2045 e di 7 milioni nel 2065.

Sebbene il rischio di malattia aumenti con l'età, l'invecchiamento ovviamente non è in sé una malattia e i problemi di salute non sono inevitabili. Tra i fattori condizionanti rispetto alla possibilità di ammalarsi ve ne sono alcuni irreversibili, come età, sesso e predisposizione genetica e altri modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari.

Rispetto a questi ultimi dobbiamo e possiamo fare di più. Non si tratta di mettere a disposizione maggiori risorse. Anche qui, naturalmente, va detto che c'è una situazione differenziata all'interno del Paese, sia per quella che è l'aspettativa di vita sia in termini assoluti che relativi ad anni trascorsi in buona qualità di vita dopo il sessantacinquesimo anno di età, che è uno degli indicatori di benessere anche nel sociale. E sapete benis-

simo che nel Nord d'Italia questo indicatore è molto più buono rispetto al centro Sud.

Rispetto a quanto dicevamo prima, per promuovere l'aumento dell'indicatore relativo all'aspettativa di vita in generale e gli anni vissuti in buona salute dopo i 65 anni di età, vi sono tutta una serie di azioni da portare avanti che, in realtà, sono contenute in parte già nel vecchio piano nazionale della prevenzione e che verranno riconfermate, con i dovuti aggiustamenti, anche nel nuovo piano nazionale.

In particolare, c'è il tema dell'obesità infantile. Non so come mai passi il messaggio che in Italia la situazione dell'obesità infantile sia migliorata: in Italia tale situazione è peggiorata. Questo è un fattore importante perché, proiettato nel futuro, ci dice che avremo tantissimi problemi, soprattutto dal punto di vista del diabete.

L'obesità infantile in Italia colpisce il 31 per cento dei bambini, quindi in pratica uno su tre, come segnalato anche dai recentissimi dati forniti dalla Joint Research Centre della Commissione europea. Come ho detto, il sovrappeso apre la strada a gravi patologie, tra cui soprattutto il diabete, oltre a malattie cardiache e a patologie oncologiche.

L'incentivazione dell'attività fisica ad ogni età, ma soprattutto tra i giovanissimi e tra le persone sopra i 65 anni di età, resta un obiettivo. C'è da dire da questo punto di vista che al Centro Sud, ad esempio, si registra una media di ore di attività fisica per settimana molto più bassa, sia rispetto al Centro Nord, sia rispetto alla media europea. Stesso discorso può farsi per il consumo di frutta e verdura: si parla tanto della famosa dieta mediterranea, ma al Centro Sud rimane a livelli molto più bassi rispetto a Regioni del Nord come il Piemonte e la Liguria e così via. Tutto questo accade perché, secondo me, da questo punto di vista non c'è mai stata una spinta politica reale.

Per quanto concerne poi l'intervento sui comportamenti a rischio rispetto all'assunzione di alcool, droghe o fumo, con il cosiddetto decreto famiglia – non so se ne siete a conoscenza – la politica antidroga passerà al Ministero della famiglia. Io ho chiesto ovviamente un maggiore coinvolgimento del Ministero della salute perché, a mio avviso, c'è tutto un lavoro da fare a livello di prevenzione dal punto di vista sanitario che, in questi anni, è stato un po' trascurato. In particolare, abbiamo assistito al diffondersi tra i ragazzi del fenomeno del *binge drinking*, vale a dire del consumo di altissime quantità di alcool in poco tempo. Questo è uno degli argomenti su cui vorrei lavorare, naturalmente anche insieme a voi.

Sempre per quanto riguarda l'approccio generale, vorrei soffermarmi brevemente sul Piano nazionale cronicità. Mi stanno arrivando in questo periodo diverse segnalazioni da parte di associazioni di pazienti – tra cui quelle che si occupano di Alzheimer, ma anche tantissime altre – che mi dicono che troppo spesso nelle realtà locali le indicazioni previste dal piano non vengono sostanzialmente applicate. C'è da dire che anche in questo caso la situazione è a macchia di leopardo e totalmente variegata.

Anche da questo punto di vista, quindi con riferimento al sostegno all'invecchiamento dei soggetti portatori di patologia, cercheremo di appoggiare gli enti territoriali nella gestione dei piani sulla cronicità.

Quanto alla distribuzione dei farmaci, su cui pure è stata formulata qualche domanda, sarà un tema che affronteremo. Come ho detto prima, il tavolo si è insediato proprio ieri.

Tra l'altro, come già annunciato dalla presidente Lorefice, ci sarà un lavoro parlamentare perché, oltre alla questione della *governance*, c'è poi tutta la parte della vendita e distribuzione sul territorio, che avviene attraverso il sistema delle farmacie e delle parafarmacie, che richiede un approccio sistematico. Poiché la materia è stata oggetto di alcuni ritocchi durante le legislature precedenti nonché durante quella in corso, pensiamo che sia arrivato il momento di evitare ulteriori interventi e di affrontare quindi il tema in maniera sistematica. Secondo me il Parlamento è la sede giusta per farlo, in modo tale che tutti possano esprimere le proprie posizioni, nella consapevolezza – mi auguro – che, trattandosi di un tema complicato, sarà importante trovare un equilibrio tra le varie istanze.

La senatrice Bini aveva posto, poi, un quesito specifico sul sottosegretario Bartolazzi: se non sbaglio, si è svolta proprio ieri un'interrogazione qui in Senato, per cui invito la senatrice a fare riferimento al Resoconto stenografico, in cui troverà certamente la risposta alla sua domanda.

Quanto alla cannabis, ci tengo a dire che è stata fatta un po' di confusione tra la cannabis terapeutica e la cannabis *light*, che è completamente diversa. Innanzitutto, non esiste cannabis *light* terapeutica: so per certo che in alcuni negozi in cui viene venduta la cannabis si trovano scritte cose del genere, ma non c'entra assolutamente nulla e si crea una grande confusione nel cittadino. Tutto questo, tra l'altro, mette in difficoltà anche il paziente che magari ha una prescrizione terapeutica in quanto portatore di un certo tipo di patologia per cui è previsto un trattamento con cannabis terapeutica, che è quella prodotta dall'Istituto farmaceutico militare di Firenze, quindi sotto un supercontrollo da parte di personale espertissimo.

Ricordo che stiamo parlando di un'iniziativa che era stata adottata dal precedente Governo, della quale riconosciamo sicuramente l'utilità: in particolare, nel 2014 i Ministeri della salute e della difesa avevano lavorato insieme su un protocollo in materia di produzione della cannabis terapeutica, in modo tale che i pazienti ne potessero usufruire in maniera puntuale. Purtroppo, però, i quantitativi non sono sufficienti.

Sono stata personalmente in visita presso lo stabilimento, che non fa ovviamente solo questo, ma tante altre cose, tra cui, ad esempio, molto importante è la produzione dei farmaci orfani per le malattie rare. Nello stabilimento in realtà sono in pochi: vi lavorano circa 80 persone, tra personale civile e militare, per cui non ha in questo momento una grande capacità produttiva.

Noi vogliamo aiutare questa realtà a migliorare, sia per quanto riguarda la produzione della cannabis e dei farmaci orfani, che per altre situazioni in cui quella realtà può rivelarsi utile al Paese, come peraltro è

già stato, considerata la lunga storia dello stabilimento, presente da più o meno 160 anni in Italia.

Il lavoro che io ho fatto sulla cannabis, chiedendo all'Olanda – che è il Paese con cui noi avevamo già un rapporto – di aumentare le scorte, andava proprio in questa direzione.

Ci tengo a precisare che tutto questo non ha nulla a che vedere con il quesito relativo ai negozi che vendono prodotti a base di canapa. Anche questa è una situazione che abbiamo ereditato dal precedente Governo e che nasce da un *vulnus* legislativo presente nella legge sulla canapa industriale: in base a questo *vulnus*, alcuni negozi hanno cominciato a vendere tutta una serie di prodotti a base di cannabis.

C'è stato naturalmente al riguardo un approfondimento da parte del Ministero che ha portato a richiedere un parere, da un lato, al Consiglio superiore di sanità, che è quello che conoscete tutti e, dall'altro lato, all'Avvocatura generale dello Stato, per capire come intervenire dal punto di vista normativo su questo aspetto, cioè quale strumento utilizzare trattandosi di un argomento particolarmente complesso, perché ovviamente non riguarda un singolo Ministero, ma una serie di Ministeri, tra cui in particolare, come potete capire, il Ministero dello sviluppo economico, quello dell'economia e delle finanze, nonché il Ministero della giustizia: insomma, un gran numero di soggetti. Come ho detto, siamo quindi in attesa del parere.

Sul discorso della formazione post-laurea, posto sia dalla senatrice Stabile che dall'onorevole Boldrini, come già avete sentito, io ho preso in mano l'argomento. Stiamo cercando di trovare delle soluzioni nell'immediato, ma io non posso di certo fare in poco tempo quello che nessuno ha fatto in vent'anni, perché questo è un problema che esiste da tempo. Ricordo che la legge relativa alla formazione post-laurea è del 1999, praticamente quando mi sono laureata io e il problema della carenza di specialisti esisteva già a quell'epoca. Successivamente – mi pare nel 2007 – è stata recepita in Italia la normativa europea, sia pure con una serie di storture, tant'è che noi siamo ancora gli unici ad avere una formazione post-laurea diversa dal resto d'Europa. In Italia infatti i medici si laureano e si abilitano, anche se poi è come se non fossero né laureati, né abilitati, nel senso che praticamente quasi non possono esercitare la professione negli ospedali, se non ottengono il titolo specialistico, il che è praticamente una follia.

Abbiamo il paradosso dei laureati in più rispetto ai posti di specialità e abbiamo il paradosso che le Regioni non riescono a coprire tanti posti di specialità perché la legge prevede che devi essere specialista. Insomma, si è creato un pasticcio.

Noi, proprio oggi, stiamo reinsediando il tavolo, che si era occupato con lo scorso Governo di questo tema. Proprio adesso, appena torno al Ministero, avrò la riunione. Si tratta di un tavolo grossissimo, che nella scorsa legislatura si è arenato, perché ha tantissime sigle sindacali e poi ci sono le Regioni. Mette insieme tutta una serie di soggetti – che è giusto perché è bello potersi confrontare tutti – però si è un po' arenato. Stavo

dimenticando il MIUR. Tutto questo non posso farlo da sola e lo farò appunto con questo Ministero, con cui ho già parlato e c'è una disponibilità assoluta a risolvere il problema.

Abbiamo già in mente uno schema – che non nascondo – che riprende il percorso europeo che fa entrare i medici, subito dopo la laurea e subito dopo l'abilitazione, direttamente in un percorso di formazione-lavoro. È una specie di ciclo continuo d'ingresso di medici all'interno del mondo del lavoro, senza bloccarli con questa specie di cesoie all'ingresso. Naturalmente, non è una cosa che potremo fare subito; per cui, ci sarà una fase di transizione di cui stiamo discutendo. Ne discuteremo anche con le Regioni per venire incontro alle necessità di dovere disporre di personale. Noi siamo in situazioni come, ad esempio, quella della Campania, dove – sembrerà assurdo – il numero dei candidati era inferiore al numero dei posti messi a concorso, specialmente sull'area delle emergenze, come potrete capire. Sull'area delle emergenze, in realtà, c'era un decreto, che aveva fatto la ministra Lorenzin, che diceva che potevano essere assunti i medici dell'area delle emergenze che avessero maturato un periodo sufficiente di formazione. Questo decreto non è stato mai applicato perché non si è mai capito perché le Regioni, in Conferenza, hanno fatto delle linee-guida applicative che, sostanzialmente, lo hanno bloccato. Noi ne stiamo chiedendo conto in questi giorni perché sarebbe stato uno strumento immediatamente utilizzabile e, invece, così non è. Ci sono questo e un'altra serie di piccole soluzioni per cercare di aiutare la situazione nell'immediatezza, però si tratterà di soluzioni tampone. La vera rivoluzione sarà fare la riforma, che entrerà a regime nell'arco di due o tre anni; il tempo di adattare tutto il sistema a questa riforma. Sono fiduciosa e, quindi, secondo me, ce la possiamo fare nel giro di non troppo tempo.

Sulla domanda sul medico scolastico e psicologo, anche questo è un argomento importante e nella scorsa legislatura ci sono state tante proposte. Io, come Ministra, sono assolutamente favorevole. Potremmo parlare per ore sulla necessità di una presenza e di un aiuto ai giovani con tutte le problematiche esistenti. Anche lì c'è un problema di risorse e, quindi, ce lo possiamo mettere in testa, però prima abbiamo tutta una serie di cose da fare.

Sulle malattie rare, che aveva sollevato la senatrice Binetti, abbiamo avviato, con i tecnici del Ministero, un approfondimento per verificare la situazione relativa sia all'effettiva applicazione che all'eventuale aggiornamento. Posto che, a prescindere dal Piano nazionale delle malattie rare, per ridurre la variabilità dei servizi offerti dai cittadini, in particolare a coloro che sono affetti da malattie rare, gioca un ruolo determinante l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, introdotto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, voglio comunque segnalare che una delle azioni di sviluppo delle indicazioni del Piano da parte della direzione generale della programmazione sanitaria presso il Ministero della salute è l'introduzione, tra gli adempimenti oggetto di verifica da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, degli obblighi informativi dei registri regionali delle

malattie rare nei confronti del registro nazionale con l'invio dei dati dell'ISS. Quindi, noi andremo a misurare anche questo parametro all'interno della griglia LEA per valutare il raggiungimento dei punteggi come ulteriore attività.

Sulla questione del gioco d'azzardo, ovviamente ringrazio la senatrice per avere fatto notare che, in occasione dell'illustrazione delle linee programmatiche, non ne avevamo parlato, ma la davo per scontato, essendo alla vostra attenzione il decreto dignità, che contiene disposizioni in merito a una delle più grandi battaglie che abbiamo fatto insieme nella scorsa legislatura sulla pubblicità. In più, tra l'altro, l'onorevole Baroni aveva sottoposto un *question time* alla Camera sul tema, le cui risposte potranno essere di ausilio a risolvere alcune problematiche.

La senatrice Rizzotti riprende la questione della cannabis, anche se già abbiamo affrontato in parte il tema.

Stiamo studiando il bando AIFA ed i 375.000 euro e, se lo chiederà, è già calendarizzata al Senato la risposta. Non so se ci arriviamo prima ma, semmai, lo faremo subito dopo la riapertura del Parlamento.

Il numero 112 è un argomento molto importante e molto dibattuto, anche – tra l'altro – sui *media*, nelle varie trasmissioni, perché è molto sentito dai cittadini. Stiamo effettuando, insieme al Ministro dell'interno, un'analisi dell'attività svolta nelle aree dove il servizio è già attivo. Ovviamente, il numero unico dell'emergenza è un adattamento ad una direttiva europea e attualmente è attivo in alcune Regioni, ma non in tutte. Lo abbiamo in Lombardia, Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sicilia e in alcuni Comuni e Province autonome.

Sono, inoltre, al corrente che, proprio qui al Senato della Repubblica, vi è un'indagine e potremo confrontarci quando saremo chiamati in audizione e forniremo gli approfondimenti. Però vorrei rassicurarla sul fatto che è un argomento che molte persone ci hanno posto all'attenzione.

Su AIFA ho già parlato. Dei criteri di riparto mi chiedeva la senatrice Castellone. I criteri di riparto sono un problema atavico di questa sanità. Ora è stato approvato l'ultimo criterio di riparto con gli stessi criteri usati da sempre. Già informalmente ho interloquito con alcuni rappresentanti delle Regioni. Mi sono state fatte presenti varie difficoltà. Si era provato, anche in questa ultima occasione, a cambiare i criteri, ma ci sono grandi resistenze come accade normalmente per i grandi cambiamenti, però noi crediamo che ci sia la possibilità di intervenire. Questa non è una cosa che si fa in un paio di giorni, però, per esempio, come dicevo prima, l'aspettativa di vita sicuramente è un indicatore che può essere utilizzato, nel senso che dove l'aspettativa di vita è più bassa c'è più necessità di investire e non al contrario. Comunque, non è l'unico parametro perché poi ci sono anche gli indici di mortalità e morbilità per alcune patologie, specialmente quelle oncologiche, che sono anche patologie ad alta complessità chirurgica e medica e che, pertanto, richiedono delle risorse economiche non indifferenti. Penso, per esempio, al discorso dei farmaci oncologici innovativi. È nostra intenzione, quindi, lavorarci e magari potremo anche, insieme al Parlamento, Camera o Senato, cercare di avere delle indicazioni

precise e, quindi, sarebbe interessante vedere, anche in base alla vostra sensibilità, quali possono essere delle idee. Insomma, è tutta un'attività in costruzione.

Fornirò prima le risposte ai deputati per questioni di tempo.

L'onorevole Rostan aveva posto il problema della mobilità sanitaria, un problema che andrà affrontato anche questo, naturalmente, con la Conferenza Stato-Regioni. C'è lo stesso *mood* dell'idea di cambiare riparto ma, anche lì io credo che un intervento sia necessario. Cercheremo di fare gli equilibristi e di trovare il modo di intervenire con il consenso di tutti.

Sulle aggressioni nei confronti dei medici, come sapete sono molto impegnata su questo argomento. Quindi, metterò in campo molte azioni al riguardo. Voglio anche chiarire un punto. Io ho inviato una richiesta per verificare la possibilità di aumentare la presenza delle Forze dell'ordine in alcune strutture. Ho inviato una richiesta, il che non vuol dire che questa verrà esaudita. Io mi auguro che lo sia, ma dipenderà dalle disponibilità.

Io non sono una – e lo dico chiaramente – che ama il concetto di militarizzazione. Però, questa è una situazione tale per cui i sanitari hanno quasi paura di andare a lavorare, specialmente nei Pronto Soccorso e specialmente in certi territori.

Questo dunque è un problema, e non solo per i sanitari. Io rispondo, infatti, anche ai cittadini, che si dicono esasperati rispetto a questo problema. È chiaro, però, che un sanitario che viene aggredito non potrà soccorrere un codice rosso che arriva, nel frattempo, al Pronto Soccorso. Pertanto, aggredire un sanitario significa privare la struttura della possibilità di rispondere a un'esigenza clinico-assistenziale d'urgenza, come appunto quella del Pronto Soccorso. Vi è, quindi, una situazione rispetto alla quale bisogna intervenire subito; poi dopo, chiaramente, ci vogliono delle misure più strutturali.

Ieri è stata pubblicata un'inchiesta di Repubblica. Ora, e lo dico con tutto il rispetto per Repubblica, noi che conosciamo la sanità non avevamo bisogno di alcuna inchiesta perché conosciamo bene la situazione dei nostri Pronto Soccorso. È una situazione che, secondo me, si può risolvere con una serie di interventi strutturali. Ad esempio, se vi facessi leggere i dati sui codici bianchi e i codici verdi, voi non ci credereste. Alcune Regioni, come il Piemonte, hanno un numero di codici bianchi e verdi tali che, quando li ho visti, io sono impazzita: l'84 per cento del totale tra codici bianchi e verdi. Questo, in pratica, significa che si perde tantissimo tempo e che poi, per i codici più gravi, si incontrano difficoltà.

Naturalmente, si tratta di una situazione a macchia di leopardo. Ho detto del Piemonte, ma è una situazione generale che va da Nord a Sud, e che si verifica perché tutta la parte della medicina del territorio è rimasta debole, anche nelle Regioni che hanno svolto una grande attività in merito. Questo, però, è un dato di fatto, come è un dato di fatto che vi siano guardie mediche che fanno tre accessi in ventiquattr'ore e che i medici di quelle guardie mediche li potremmo reimpiegare.

Ci sono tante idee. Io sono disponibile a valutarle insieme a voi, ma è chiaro che qualcosa bisogna fare. E non è solo un problema di medici, che esiste, come dicevamo prima, ma anche un problema organizzativo. C'è poi il problema in uscita. Vi è un blocco in entrata e poi un blocco in uscita ma, ripeto, sono tutti argomenti che voi conoscete meglio di me, perché conoscete la sanità da tanto tempo.

Tornando alla questione delle aggressioni, noi dovremmo essere in grado di produrre, a breve, un disegno di legge (che interverrà, però, solo su questa prima fase, quella strettamente punitiva) per stabilire che il personale sanitario va protetto e non aggredito, in quanto sono loro le prime vittime di questo sistema.

Sulla sanità integrativa, sulla quale avevano posto la questione – mi sembra – sia la deputata Carnevali che la senatrice Rizzotti, io ho chiesto che, ovviamente, tale questione venisse anch'essa affrontata in Parlamento, perché, come ho avuto la possibilità di sperimentare nella scorsa legislatura, questo è un tema molto importante, ma molto poco conosciuto. Diciamo la verità: anche tra noi parlamentari, ad eccezione di qualcuno che lo ha studiato in maniera specifica, questo è un tema poco conosciuto.

Quindi, io credo che sia giusto affrontare la questione anche attraverso un ciclo di audizioni, con un confronto con tutti gli *stakeholder* del sistema, dai cittadini ai fondi, alle società, alle assicurazioni, al MEF (perché c'è un'incidenza, naturalmente, anche sulla fiscalità generale), per approdare a una forma condivisa di riforma del sistema. Un sistema che salvaguardi – questo me lo faccia dire, così rispondo anche al discorso della progressività – legittimamente, nell'ambito delle proprie posizioni politiche, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini per come previsto nella norma primaria, che è l'articolo 32 della Costituzione, che nessuno ha mai messo in dubbio.

Quindi, al momento non c'è alcun intervento fiscale che metta in dubbio il principio di come viene oggi finanziato il nostro Servizio sanitario nazionale. Tutto è possibile ma, al momento, io, con il mio dicastero, non ho alcuna intenzione di modificare questo sistema, né tanto meno di privare i cittadini dei livelli essenziali di assistenza che risultano sulla carta erogati: anzi, è il contrario.

Poi, però, parliamo della Calabria, parliamo della Campania, parliamo del Molise, parliamo di tante Regioni dove, comunque, questi LEA vengono erogati, nel senso che sulla carta noi li stiamo finanziando, ma nei fatti non è così. E questo ce lo dobbiamo dire, perché se non facciamo la diagnosi precisa poi neanche la cura è corretta.

Sui *ticket*, non è vero che è stato abolito il *superticket*...

CARNEVALI *(PD)*... la domanda era come stavate intervenendo...

GRILLO, *ministra della salute*... Avevo capito male...

Comunque, non so se la cosa vi è nota, ma nel caso vi informo del fatto che è stata approvata una norma riguardante la carenza concernente i

*superticket*, norma che si è arenata in quanto non c'era l'accordo sui criteri di ripartizione di questo piccolo ammontare tra le Regioni.

Anche questo provvedimento l'ho ereditato, e ci sto lavorando. Chiaramente, io cercherò di seguire, dal mio punto di vista, dei criteri che abbiano un senso dal punto di vista dell'accesso alle cure e di favorire le fasce di popolazione che in questo momento hanno difficoltà ad accedervi per motivi di natura economica. Sarà quello il nostro criterio, che non era comunque l'ultimo a cui si era arrivati... *(Commenti del senatore Errani)*... Comunque, potrebbe essere interessante anche fare un'interrogazione, in modo tale che su questo tema vi sia poi una risposta pubblica per tutti.

Sulla *governance* dei farmaci, ci si chiede perché non abbiamo adottato il provvedimento in quarantotto ore. Ma se non lo avete fatto voi oppure le Regioni in due anni, devo farlo io in quarantotto ore? Faccio questo riferimento perché, guardando il senatore Errani, penso alle Regioni.

La deputata che ha posto la questione sa benissimo che io condivido quell'impostazione che, infatti, sarà anche all'interno del tavolo che è stato istituito ieri. Ci saranno tante proposte che verranno riprese, perché sono tutte proposte assolutamente di buon senso. Stiamo anche nominando un nuovo direttore generale, al più presto, che spero abbia anche la capacità di portare avanti determinate politiche. Naturalmente l'indicazione partirà poi da questo tavolo, però ci vuole del tempo perché anche in questo caso è necessaria una riforma, non dico globale, perché a questo non possiamo arrivare, ma sicuramente un po' più completa del sistema, cosa che – mi si lasci dire – non è stata fatta, a partire dal *payback*. In questo momento, tra i vari problemi, ci siamo dovuti sobbarcare anche di questo, nonostante, come sapete bene, avevo già posto la questione nella scorsa legislatura, dicendo che quegli interventi non sarebbero stati risolutivi e di fatto così è stato. Non che io volessi fare la megera, ma era una conclusione evidente.

Tra l'altro, sempre in questi giorni, stiamo interloquendo con il Ministero dell'economia e delle finanze, con le Regioni, con l'AIFA e così via, per arrivare a definire con le case farmaceutiche un punto di caduta, perché sono in ballo 2 miliardi di euro e ci sono i bilanci regionali che, purtroppo, sono fortemente a rischio. Mi fermerei qui. In ogni caso, ove ci fosse qualche quesito particolare, siamo pronti a rispondere. In particolare, credo che in questo senso le interrogazioni siano uno strumento utile. Cercheremo comunque di essere sempre solerti e di venire incontro alle vostre esigenze.

PRESIDENTE. Rinnovo il nostro ringraziamento alla ministra Grillo per la sua disponibilità. Dichiaro concluse le comunicazioni della Ministra della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

*I lavori terminano alle ore 9,15.*

€ 1,00