



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 61

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

DOCUMENTI IN SEDE REDIGENTE

171^a seduta: giovedì 15 ottobre 2020

Presidenza del presidente PARENTE

I N D I C E

DOCUMENTI IN SEDE REDIGENTE

(Doc. XXII, n. 2) *Maria RIZZOTTI ed altri.*
– Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

(Doc. XXII, n. 13) *AUDDINO ed altri.* – Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

(Doc. XXII, n. 14) *IANNONE.* – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania

(Doc. XXII, n. 16) *SILERI ed altri.* – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 19) *ZAFFINI, CIRIANI.* – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 10
* CANTÙ (L-SP-PSd'Az)	4
FREGOLENT (L-SP-PSd'Az)	9
RIZZOTTI (FIBP-UDC)	3
ZAFFINI (Fdl)	7

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

Segle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; 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.

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

DOCUMENTI IN SEDE REDIGENTE

(Doc. XXII, n. 2) Maria RIZZOTTI ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

(Doc. XXII, n. 13) AUDDINO ed altri. – Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

(Doc. XXII, n. 14) IANNONE. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania

(Doc. XXII, n. 16) SILERI ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 19) ZAFFINI, CIRIANI. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del documento XXII nn. 2, 13, 14, 16 e 19, sospesa nella seduta dello scorso 8 luglio.

Ricordo che nel corso della seduta precedente si è aperta la discussione generale congiunta. Proseguiamo pertanto con gli interventi.

RIZZOTTI (FIBP-UDC). Signor Presidente, signor Vice ministro, per la sesta volta il Senato della Repubblica ha l'opportunità di istituire una Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, che, come nel passato, può contribuire a far luce su determinate problematiche al fine di migliorare detto Servizio, soprattutto in questa fase di emergenza. Come Gruppo politico, condividiamo fortemente questa scelta, come in passato, perché la Commissione di inchiesta è un'istituzione fondamentale a garanzia dei cittadini e per il controllo del Servizio sanitario nazionale. Pur dotata di poteri analoghi, ha sempre avuto rispetto e aiuto da parte della magistratura, con la quale ha sempre agito in perfetta sinergia.

Numerose sono le inchieste svolte negli scorsi anni, testimoniate dalle relazioni conclusive agli atti del Senato; sono state tutte di grande utilità. Vorrei ricordare, ad esempio, quelle sugli ospedali incompiuti, sugli istituti di ricerca clinica a carattere scientifico, sulla emergenza-urgenza. Ricordo anche quando, in casi drammatici, la Commissione si è tempestivamente attivata: ad esempio, quando si verificò lo scoppio delle

camere iperbariche a Milano, in occasione del terremoto dell'Umbria, della frana di Sarno, per gli ospedali psichiatrici giudiziari che, grazie alla Commissione, sono stati riformati.

Nelle ultime legislature in cui la Commissione è stata istituita, sono state attivate molte inchieste: sui trapianti, sui policlinici, sul coma neurovegetativo (che pone tanti casi e temi di attualità), sull'Agenzia italiana del farmaco, sull'analisi comparativa dell'efficienza, qualità e appropriatezza delle Aziende sanitarie in Italia (condotta nella XVI legislatura), sulle tossicodipendenze, sulla medicina territoriale, sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario, sui fenomeni di corruzione nell'ambito sanitario, sull'attuazione del Piano nazionale prevenzione emergenze sanitarie (nella XV legislatura), sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari e organizzativi degli ospedali italiani, sull'aggiornamento professionale in sanità.

Considerato il variegato panorama in cui la Commissione di inchiesta ha svolto il proprio lavoro approfondendo i temi ed arrivando a conclusione con documenti importanti (ha sempre operato con questo metodo), credo che sarebbe importante che la Commissione possa avere libertà senza essere limitata, a partire dal titolo stesso della sua azione, a un determinato problema. Questa Commissione d'inchiesta ha potuto agire nell'immediatezza su qualsiasi cosa succedesse all'improvviso, degna di essere indagata nell'ambito del sistema sanitario, o su diversi temi, come potrebbe essere la monitorizzazione regionale dei servizi e quant'altro.

Il titolo di un disegno di legge presentato da alcuni colleghi menziona ad esempio la questione della monitorizzazione dei LEA; ricordo, tuttavia, che esiste già un Comitato ministeriale per la monitorizzazione dei LEA. Creiamo dunque una Commissione deputata a controllare un organo del Ministero? Voler specificare il raggio di azione della Commissione a me sembra veramente limitarne la portata di azione. Allo stesso tempo, credo che non occorra un comitato ristretto per decidere quale testo base adottare, perché penso che già la discussione generale potrebbe condurre a un pensiero comune, e soprattutto a far decidere al relatore quello che ritiene più opportuno scegliere come testo base.

Avendo avuto l'esperienza di Commissioni d'inchiesta precedenti, per dare veramente un senso alla Commissione che si vuole istituire, vi dico: lasciamole le mani libere e non limitiamone il raggio di azione. Diversamente, si avrebbe sì una Commissione importante, come lo sono quella sul Forteto o altre, ma abbiamo già tante Commissioni dedicate a temi specifici (questa legislatura ne è piena), pur importantissimi e meritevoli di un approfondimento. Per rendere forte una Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale e poter arrivare ovunque ci sia necessità, con l'appoggio della magistratura, a mio avviso essa deve avere un raggio di azione assolutamente ampio.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, il nostro contributo per qualificare evolutivamente l'ambito d'indagine dell'istituenda Commissione in materia di efficacia e di efficienza del Servizio sanitario nazionale, disavanzi sanitari regionali, gestione del servizio sanitario in Campa-

nia e inadeguata erogazione dei LEA, muove dal presupposto che debba assurgere a strumento qualificante e funzionale, per fare nostra davvero e vincere la sfida della sostenibilità, di piena tutela in chiave universalistica dei diritti di salute fisica e mentale, prevenzione e protezione delle fragilità di rilievo sanitario e socio-sanitario.

Se decidiamo che questa è la finalità ultima dell'inchiesta parlamentare proposta, è indispensabile disporre degli elementi conoscitivi e informativi fondamentali affinché si possa cambiare il paradigma in sanità, con una revisione totale del sistema di remunerazione e regolazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie basata su analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi.

Dal nostro punto di vista, un segmento cruciale dell'attività della Commissione non può non riguardare, quindi, l'analisi dei costi e la conseguente attualizzazione dei prezzi corrispettivi, che a sua volta non può prescindere dalla verifica sugli impatti in ordine all'effettivo impiego delle più moderne tecnologie e *device* per ragioni di sicurezza, economia e di gestione e appropriatezza.

L'esempio che faccio da un po' di tempo, ma che mi sembra sempre attuale, anche se è stato rimosso il *superticket*, riguarda la risonanza magnetica al ginocchio, tutt'oggi rimborsata, per entrare nel concreto, in Lombardia a 133,68 euro. Non è neanche la Regione che rimborsa di più. Si basava, a suo tempo, sulla necessità di utilizzare un macchinario che all'epoca costava molto (oltre un milione di euro) e dalle *performance* oggi considerate totalmente fuori *standard*. La tecnologia attuale, invece, consente di impiegare una macchina assai compatta in cui inserire il ginocchio e far sì che il costo di esecuzione della risonanza magnetica articolare non superi i 50 euro. Capite bene che, pur incrementando il fondo sanitario nazionale, se il sistema continua a rimborsare in questi termini, crollerà – ripeto – nonostante gli sforzi che possiamo decidere di approfondire per incrementare il fondo sanitario nazionale. Sarà difficile soddisfare tutti i bisogni con quanto messo complessivamente a disposizione del fondo sanitario nazionale se continuiamo a rimborsare in questi termini. Ciò vale anche se lo aumentassimo di molto, ovvero ben oltre i 120 miliardi di euro annui.

Un tema che varrebbe la pena approfondire, pertanto, in sede di indagine dovrebbe riguardare i parametri da adottare per l'*iter* istruttorio utile all'approvazione del nuovo nomenclatore tariffario, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017. Ricordo che quello attualmente in essere data 1996. Capite bene che la tecnologia negli ultimi venticinque anni ha fatto passi da gigante e non se ne può più prescindere in fase di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i possibili telecontrolli da remoto.

Prima di chiedere ulteriori sforzi per ottenere nuove risorse, riteniamo sia opportuno verificare i fattori produttivi dei principali interventi e prestazioni LEA, costo del personale attualizzato con le procedure ottimali adottanti le più innovative tecnologie alla base di una revisione dinamica di tutte le tariffe (*diagnosis related group* (DRG), specialistica, diagno-

stica), con un *delisting* ragionato delle prestazioni ormai obsolete e inserendo nuovi trattamenti farmacologici e nuovi *device* messi a disposizione e prevedendo anche la valorizzazione dei costi di prevenzione dei rischi rilevanti del processo. Penso, per esempio, alle infezioni ospedaliere, alla marginalizzazione delle inappropriately, agli approfondimenti diagnostici per evitare interventi non necessari e ad analisi e verifiche essenziali per elaborare una proposta di revisione delle regole di ingaggio degli erogatori a garanzia di sostanziale razionalizzazione degli impieghi, non necessariamente al ribasso, adeguando la rimodulazione sulla base delle tecnologie realmente applicate e facendo sì che tutte le prestazioni siano attrattive allo stesso modo, sia per il pubblico che per il privato, compresa la prevenzione.

In tal modo, si scardinerebbero le incongruenze del nostro Servizio sanitario nazionale. Nel pubblico, infatti, si continuano a perpetuare inefficienze procedurali e gestionali da tempo non più tollerabili, mentre nel privato si continua a permettere, talvolta anche inconsapevolmente, che si possano generare utili ridondanti rispetto alle prestazioni rese.

Dobbiamo approfondire e verificare lo stato di validazione delle nuove tecniche o procedure di intervento rispetto a quelle già codificate, ma superate da quello che si è appena validato con attualizzazione della tariffa in ragione dei costi di esecuzione più performanti per lo stesso risultato, tipo di prestazione da erogare, promuovendo approcci miniminvasivi e superando la rigidità distintiva tra area medica e area chirurgica nelle regole di remunerazione degli erogatori, valorizzando sistematicamente la medicina di precisione e la personalizzazione delle cure.

Per esemplificare, pensate alle opportunità offerte dalla tecnologia 3D, non solo nella formazione e simulazione, ma nella clinica coniugando sicurezza, riduzione dei costi e dei tempi di intervento, per esempio, in ortopedia perché la protesi d'anca stampata a 3D su misura è ben diversa da una delle sei standardizzate adattate sul sempre maggior crescente numero di pazienti.

I controlli di attività e di esito dovrebbero darci un ritorno formativo, informativo, conoscitivo e cruciale per le decisioni legislative che siamo chiamati a esitare. Certezze, rilevazione e analisi oggettiva dei costi, valore clinico e prezzi portano a risultati in punto di prestazioni tariffate. Questa dovrebbe essere l'equazione di riferimento.

Se siamo d'accordo su questo metodo di approfondimento, il passaggio successivo non meno importante ai fini del mandato da affidare alla Commissione è quello della rilevanza contrattuale non solo amministrativa e penale dei controlli. Oggi, infatti, specie nelle strutture private accreditate, si tende a far sì che un intervento fattibile in *one shot* venga spaccettato in due o tre interventi o ricoveri ripetuti con una maggiorazione di costi veramente eccessiva e rischi talvolta inaccettabili per il paziente, a solo beneficio del profitto esacerbato.

Se concordate anche su questo *step*, bisognerebbe procedere ricercando e cooptando adeguate competenze per segregare e analizzare tutte le dimensioni rilevanti a garanzia di prevenzione e qualità delle cure in

punto di errori clinici, la ripetitività di alcuni interventi e i livelli di effettiva soddisfazione dell'utenza incrociata con l'appropriatezza.

Riassumendo, si dovrebbe effettuare una disamina di tutte le principali incongruenze rilevabili nell'intera filiera alla base della dispersione significativa di risorse, sprechi e distorsioni tuttora da individuare e contrastare nell'obiettivo sistemico di superare la logica della storicizzazione dei *budget* accoppiata agli stessi erogatori, al pari delle cosiddette funzioni non tariffabili, delle maggiorazioni tariffarie e orarie e di tutti quei meccanismi riconducibili a sistemi distorti di remunerazione della produzione sanitaria e socio-sanitaria.

Proporrei pertanto a lei, signor Presidente, e ai colleghi di Commissione di mantenere aperta la discussione, dando a tutti l'opportunità di fornire i loro contributi e, con un secondo giro di interventi, permettere eventualmente di posizionare meglio quanto sostenuto per fare sintesi ed uscire con una posizione comune, non solo perché condivisa, ma soprattutto perché necessaria.

ZAFFINI (*FdI*). Signor Presidente, ringrazio in particolare la collega Cantù, perché il suo intervento contiene spunti straordinari e va a fondo di varie questioni. Prendo un solo esempio dall'intervento che lei ha svolto: la vicenda della protesi d'anca. Si tratta una situazione assolutamente paradossale: standardizziamo le protesi quando ormai è assolutamente disponibile ed economicamente produttrice una tecnologia pronta, che è quella di ritagliare la protesi sulla persona. Non si capisce perché si continuano ad acquistare protesi standardizzate. Ovviamente, mi limito a porre la domanda; ma non è difficile immaginare quale sia la risposta.

Sono tutti argomenti sui quali indubbiamente sarebbe opportuno che la politica aprisse almeno uno spiraglio di discussione. La sanità è una materia talmente vasta che il rischio di perdersi esiste, e probabilmente è anche il rischio che correrebbe la Commissione una volta insediata.

Sono andato ad esaminare il lavoro fatto dalle precedenti Commissioni d'inchiesta e mi è sembrato di vedere che ci fosse una sorta di utilizzo del contenitore – appunto, quello di una Commissione – non per uno scopo organico e con la volontà di porsi un obiettivo concreto a beneficio del lavoro svolto in tanti anni. È stata invece data possibilità a questo o a quel senatore di aprire un'indagine conoscitiva su uno o più temi a lui cari, approdando poi a un documento. Una cosa assolutamente normale, di cui non mi scandalizzo, ci mancherebbe; ho fatto il Presidente di una Commissione di controllo e sostanzialmente si lavorava in questo modo: si individuavano dei temi, si indagavano e si chiudeva con un documento.

Credo che invece questa Commissione, per una serie di motivi, dovrebbe fare altro, qualcosa di complessivamente differente. Il momento storico non è solo quello caratterizzato dalla pandemia, ma è anche quello determinato dai quarantun anni del Servizio sanitario nazionale e dalla maturazione di grandi problemi noti a tutti, denunciati da tutti, ma che sono lì sul tappeto, irrisolti. Non voglio pensare che sia così perché non c'è volontà di soluzione, ma perché probabilmente sono temi di una com-

plexità tale – pensate al divario di prestazioni e di età media tra Nord e Sud in Italia – da non essere facili da aggredire; è più facile denunciarli, indubbiamente.

Ci sono, quindi, una serie di argomenti: l'invecchiamento della popolazione, i quarantun anni del Servizio sanitario nazionale, la disparità di erogazione dei LEA. C'è poi il problema delle professioni medico-scientifiche e la protezione di queste professioni, nel senso di lasciarle lavorare in pace e ben pagate (può sembrare un dettaglio sciocco, ma non lo è). È inutile che continuiamo a chiederci perché i medici vanno all'estero o si dedicano al settore privato evitando il Servizio sanitario nazionale. Non è difficile capirlo, anche se quella professione – la penso così – non è un mestiere normale, come molti altri. C'è chi fa il medico e chi intende continuare a farlo a prescindere dal reddito, ma non può questo argomento diventare un alibi o una scusante per non affrontare un tema reale.

Ci sono veramente tanti temi che oggi sembrano arrivare a bersaglio contemporaneamente, con un allineamento particolarmente interessante, e che impongono – non suggeriscono, ma impongono – un lavoro diverso da parte della politica, se lo si vuole fare. Qual è allora lo schema che, a mio avviso, potrebbe essere utile a questa Commissione? Determinare insieme quattro o cinque punti di approdo e portarli a compimento. Sembra banale? Può darsi, me ne rendo conto, ma se pensiamo di fare la riforma del Servizio sanitario nazionale temo che ci perderemo in un mare di questioni sicuramente interessanti, ma senza approdare a qualcosa di concreto, arriveremo in Aula con un mega-documento pieno di auspici, declinando tutto al futuro invece che al presente, e avremo concluso poco più di niente.

Rispetto a questo ragionamento, credo che ci sia ampia condivisione da parte di tutti noi circa l'intenzione di lavorare concretamente e approdare a un risultato, la Commissione di inchiesta, che immagino dovrebbe procedere in modo parallelo rispetto a questa Commissione, un po' come i binari del treno. Ovviamente la nostra Commissione è permanente, è oberata da mille altri temi, ha la contingenza dei lavori d'Assemblea, ha la necessità di esprimere i pareri nei tempi imposti dai lavori d'Assemblea, mentre la Commissione d'inchiesta ha una libertà di movimento certamente maggiore, ed è di quella che dobbiamo fare tesoro. Ma lo schema è quello di una Commissione che deve produrre utilità e non avere lo scopo di portare a spasso per l'Italia un po' di senatori in questo o in quell'ospedale o in questo o quel distretto sanitario. È una Commissione diversa quella a cui vorrei partecipare e a cui vorrei dare il mio contributo. Ecco, mi concentrerei su quattro o cinque macro-argomenti, portando questa Commissione a ragionarne e discuterne per trovare una condivisione. A mio avviso dovremmo schivare argomenti che possano essere «ideologici»: a chi non piace prendere un argomento e parlarne al proprio popolo rendendosene il paladino? Sarebbe lo schema più sbagliato.

Secondo me, dovremmo semplicemente scansare questo tipo di argomenti, lasciandoli al dibattito politico ordinario e concentrarci invece sugli argomenti dove è più facile riscontrare fin dall'inizio una grande condivi-

sione. Chi non è d'accordo sull'andare a vedere cosa è successo nelle Regioni in dissesto o commissariate, il frutto di questi commissariamenti e cosa fare per evitare che una Regione stia vent'anni in commissariamento, spendendo di più e erogando di meno? Perché ci dobbiamo dividere su questo? Andiamo a vedere e facciamo proposte concrete. Credo che la politica debba lavorare in questi termini nella sanità, perché quello della sanità è un tema particolare. La politica tra l'altro se ne interessa veramente poco: siccome è un tema regionale la politica nazionale sente lontana la sanità, se ne occupa poco e a volte, quando se ne occupa, sarebbe meglio che non lo facesse. Quante volte vi è capitato di sentire ragionamenti assolutamente sballati? Avendo fatto per quindici anni il consigliere regionale e avendo sempre voluto partecipare alla Commissione sanità – ero all'opposizione perché, come sapete, in Umbria la sinistra ha governato per cinquant'anni – me ne sono reso conto. È un po' come l'argomento delle carceri. La politica dentro le carceri, a parte qualche soggetto, non ci va perché è un mondo a sé, che non esiste, è un po' come la Luna, e invece non è così.

La sanità è materia importantissima: attiene al benessere, ai diritti costituzionali, alla parità di trattamento e di prestazione, a diritti fondamentali. Stamattina leggevo una citazione sociologica che iniziava con una domanda del tipo: «quand'è che una civiltà diventa moderna?». Ebbene, mentre tutti si aspettavano risposte del tipo: «quando c'è stata la ruota, quanto hanno scoperto il fuoco», il sociologo straniero (di cui non ricordo il nome, complicatissimo) risponde: «quando hanno curato il femore rotto». Nel mondo animale e nel mondo primordiale dell'uomo un femore rotto significava morire. Quando la società ha incominciato a curare un femore rotto è diventata moderna.

In conclusione, senza andare a scomodare citazioni complicate, credo che il tema della sanità sia prioritario. Oggi, peraltro, ne vediamo tutti i giorni l'importanza e se su questo riuscissimo a fare qualcosa di diverso anche rispetto alle diverse esperienze del passato, potremmo fare una buona cosa.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, sarò sintetica e starò ben sotto i dieci minuti. Intervengo semplicemente per ribadire quanto già sottolineato e portato all'attenzione di questa Commissione da parte della senatrice Cantù e del nostro Gruppo a tutti voi. L'approccio, considerato anche il tempo che la Commissione avrà davanti nel momento in cui verrà istituita e che non è l'intera legislatura, è sicuramente nuovo e, come condiviso anche dal senatore Zaffini, non si propone di indagare sull'intero sistema nazionale, anche perché andrebbe a sovrapporsi per tanti aspetti a questa Commissione e non è ciò che, come Gruppo, riteniamo la Commissione d'inchiesta debba fare. Noi proponiamo una serie di argomenti che possono oggettivamente fornire delle soluzioni e vadano a toccare degli ambiti, forse talvolta scomodi e di cui si preferisce qualche volta non discutere, ma che indubbiamente possono fare la differenza nell'approccio e poi nell'erogazione delle prestazioni. Sono dei temi che con-

sideriamo fondamentali per la qualità delle prestazioni e per trovare delle soluzioni a un Sistema sanitario nazionale che, come diceva il senatore Zaffini, mai come in questo periodo è tornato alla ribalta. È innegabile il fatto che la politica non si sia sempre occupata, proprio perché la sanità è regionale, in modo così prioritario del tema della sanità come sta avvenendo in questi mesi. È un'occasione importante da saper cogliere per arrivare a meta e non per disperdersi in mille rivoli. Speriamo che i quattro o cinque argomenti sottoposti all'attenzione della Commissione possano essere inseriti tra gli argomenti che verranno trattati. Pochi argomenti possono dare dei frutti importanti e delle suggestioni che possano far la differenza rispetto a com'è ora il Servizio sanitario nazionale e alle criticità attuali, offrendo delle soluzioni concrete.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti.

Rinvio il seguito della discussione congiunta del documento in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,15.

