



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 1

**COMMISSIONI RIUNITE**

5<sup>a</sup> (Programmazione economica, bilancio), 12<sup>a</sup> (Igiene e sanità) e 14<sup>a</sup> (Politiche dell'Unione europea)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE NELL'AMBITO DELL'ESAME DELL'AFFARE ASSEGNATO SUL DOCUMENTO CCLXIII, N. 1: «PRIMA RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR), RIFERITA ALL'ANNO 2021» (N. 1055)

1<sup>a</sup> seduta: mercoledì 2 marzo 2022

Presidenza del presidente della 14<sup>a</sup> Commissione STEFANO,  
indi del presidente della 5<sup>a</sup> Commissione PESCO

## I N D I C E

**Audizione del Ministro della salute nell'ambito dell'esame dell'affare assegnato sul Documento CCLXIII, n. 1: «Prima relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), riferita all'anno 2021» (n. 1055)**

PRESIDENTE:	
* – PESCO	Pag. 27, 39
– STEFANO	3, 14
BOLDRINI (PD)	20
CANDIANI (L-SP-PSd'Az)	23
* CANTÙ (L-SP-PSd'Az)	14
CASTELLONE (M5S)	26
* IORI (PD)	24
* MODENA (FIBP-UDC)	23
* PIRRO (M5S)	16
SPERANZA, ministro della salute	4, 28
ZAFFINI (Fdi)	17

---

**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: 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-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-Ipl-PVU; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-PARTITO COMUNISTA: Misto-PC; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

*Interviene il ministro della salute Speranza.*

### **Presidenza del presidente della 14<sup>a</sup> Commissione STEFANO**

*I lavori hanno inizio alle ore 20,05.*

#### *PROCEDURE INFORMATIVE*

**Audizione del Ministro della salute nell'ambito dell'esame dell'affare assegnato sul Documento CCLXIII, n. 1: «Prima relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), riferita all'anno 2021» (n. 1055)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute nell'ambito dell'esame dell'affare assegnato sul Documento CCLXIII, n. 1: «Prima relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), riferita all'anno 2021» (n. 1055), dinanzi alle Commissioni riunite 5<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei nostri lavori.

Avverto, inoltre, che la pubblicità dei lavori della seduta odierna è assicurata anche attraverso il Resoconto stenografico.

Salutiamo il ministro Speranza, che abbiamo chiesto di audire per fare il punto su uno dei pilastri più importanti del PNRR, ovvero quello riguardante la salute (missione 6), che prevede l'impiego di risorse ingenti tra le quali 15,6 miliardi del PNRR, a cui vanno aggiunti 1,71 miliardi del React-EU e 2,8 miliardi del Fondo complementare. Si tratta di risorse considerevoli, ma che sono state aumentate nella versione definitiva, in modo da sopperire alla necessità di innovare e rafforzare il nostro sistema sanitario, messo a dura prova dalla pandemia, dalla quale tuttora non ci siamo liberati.

Siamo chiamati a realizzare nel corso dei prossimi mesi tutti gli obiettivi relativi al suo Dicastero, che in questa fase assumono un'importanza di carattere fondamentale: faccio riferimento, ad esempio, a quelli che riguardano la definizione del modello di assistenza sanitaria territo-

riale; all’attivazione dei passaggi necessari per la realizzazione delle case di comunità (quei luoghi vicini ai cittadini in cui si effettueranno interventi sanitari e in campo sociale); al miglioramento dei presidi di assistenza sanitaria dei cittadini, al fine di realizzare l’obiettivo di rendere la casa il primo luogo di cura e telemedicina, potenziando allo stesso tempo l’assistenza sanitaria personalizzata, con la creazione degli ospedali di comunità finalizzati al trattamento di patologie lievi o recidive croniche; all’ammodernamento del parco tecnologico e digitale.

La sfida è tradurre questi impegni, fissati dal PNRR, in atti concreti. Nei prossimi mesi, signor Ministro, il suo Dicastero sarà uno dei più coinvolti nell’attuazione degli obiettivi, e ciò chiama il Governo tutto – ma anche il Parlamento – a porre massima attenzione per provare a lavorare insieme per mantenere gli impegni ambiziosi che abbiamo assunto.

Aspettavamo con molta ansia questa sua audizione, Ministro, perché l’importanza della missione ci inchioda tutti, anche territorialmente, a rispondere a delle aspettative.

Cedo ora la parola al signor Ministro.

SPERANZA, *ministro della salute*. Signor Presidente, saluto e ringrazio anche gli altri Presidenti delle Commissioni coinvolte, nonché tutte le senatrici e i senatori che con questa convocazione mi danno l’opportunità di svolgere alcune riflessioni molto rilevanti sul lavoro in corso per raggiungere gli obiettivi definiti dalla missione 6 del PNRR.

In questi mesi – voglio dirlo subito –, anche nelle ore più difficili dell’emergenza sanitaria, il lavoro sul PNRR non si è mai fermato. È particolarmente necessario, mentre continuiamo a combattere questo virus e le sue varianti, alzare lo sguardo oltre la contingente emergenza. Con il PNRR e le scelte compiute con la legge di bilancio, siamo infatti nel vivo di una sfida decisiva per il nostro futuro. Abbiamo la concreta possibilità di trasformare una dura emergenza sanitaria in un’opportunità di rafforzamento e rilancio della sanità pubblica nel nostro Paese.

Il piano inviato alla Commissione europea scaturisce da un’analisi di contesto che ha evidenziato alcuni limiti e difficoltà del nostro Servizio sanitario nazionale che non nascono con il Covid. La pandemia ha reso evidenti almeno tre limiti fondamentali: il ritardo accumulato nell’adeguare il nostro Servizio sanitario nazionale ad un mutato contesto demografico ed epidemiologico, il *deficit* digitale della sanità italiana e una crescita delle diseguaglianze nell’accesso ai Livelli essenziali di assistenza.

Negli anni, anche grazie alla qualità del nostro Servizio sanitario nazionale, è cresciuta l’aspettativa di vita degli italiani. Questa mutazione demografica ha cambiato radicalmente il quadro di riferimento nel quale operano le strutture sanitarie ed il relativo contesto epidemiologico. Siamo un Paese che invecchia e che di conseguenza si ammala di più. Ecco perché anno dopo anno esplodono le patologie croniche, si moltiplica la pressione sui servizi sociosanitari che faticano a reggere questa crescente onda d’urto e si sviluppa una pressione significativa sugli ospedali.

Tutto questo è avvenuto mentre una troppo lunga stagione di tagli e di tetti di spesa illogici indebolivano la forza ed il radicamento della nostra sanità territoriale, rendendo più fragile la medicina d’iniziativa e conseguentemente le politiche di prevenzione della salute pubblica.

È partendo da questa analisi che abbiamo definito gli interventi previsti nella missione 6 del PNRR, che con la *component* 1 interviene sulla rete territoriale e con la *component* 2 ammodernizza tecnologicamente e mette in sicurezza gli ospedali e prevede investimenti sulla formazione, la ricerca ed il trasferimento tecnologico.

Il filo che unisce tutti i nostri interventi ruota attorno a tre parole chiave: prossimità, innovazione, uguaglianza.

Una sanità di prossimità per essere più vicini alle persone, rimettendo radici più profonde nei territori, è la prima scelta strategica che compiamo. Per raggiungere questo obiettivo servono, insieme, riforme ed investimenti.

Il provvedimento di cui oggi discutiamo rappresenta la premessa indispensabile per raggiungere davvero l’obiettivo che ci siamo dati. Chiamiamo il regolamento fondamentale dell’assistenza territoriale «DM71».

Mi soffermo su tale abbreviazione perché in quella sigla, «DM71», è racchiusa l’importanza strategica di questa riforma.

Il 4 giugno del 2015, la *Gazzetta Ufficiale* n. 127, pubblica il «DM70». Con quel decreto, sulla base di standard severi e stringenti, si avvia la razionalizzazione della rete ospedaliera e sulla base di nuovi parametri progressivamente sono stati riorganizzati, come è noto, tanti ospedali. Senza volere, in questa sede, esprimere un giudizio di merito sulle scelte che allora furono compiute, si può convenire sul limite di fondo che ispirò quel provvedimento.

La chiusura e la riorganizzazione degli ospedali e la riduzione della presenza di queste strutture sul territorio avvenne senza contestualmente investire e rafforzare la rete dell’assistenza primaria nei territori. Con un duplice risultato negativo: minore radicamento territoriale del Servizio sanitario nazionale e sovraffollamento degli ospedali. Fu – io credo – la conseguenza inevitabile di provvedimenti pensati per parti separate, per silos verticali non comunicanti, senza una logica di rete.

Insieme al «DM70» sarebbe stato necessario – ecco la spiegazione del nome «DM71» – che contestualmente si riorganizzasse e rilanciasse la rete dei servizi territoriali con le riforme e gli investimenti necessari. Con il regolamento che oggi presentiamo facciamo esattamente questa scelta, colmando un vuoto di iniziativa che, ad onor del vero, è antecedente allo stesso «DM70». Sono trascorsi trent’anni dalla riforma del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e circa dieci dalla cosiddetta legge Balduzzi del 2012.

Il decreto ministeriale n. 71 è la premessa ed il punto di partenza della riforma dell’assistenza territoriale, la condizione indispensabile per l’implementazione delle strutture e degli interventi previsti dalla *component* 1. Il decreto ministeriale n. 71, da adottare entro il 30 giugno, definisce un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria,

individua standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuove un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. È un passo concreto per il superamento delle diseguaglianze.

Entrando un po' più nel dettaglio voglio evidenziare che con questo regolamento, per la prima volta, in modo analitico si definiscono: le strutture di cui è composta la rete dei servizi territoriali; i principali servizi erogati; gli standard in rapporto alla popolazione; i parametri di riferimento per il personale; le modalità organizzative e funzionali; gli obiettivi strategici di riferimento; la *governance*.

Prima di ricordare i singoli interventi, voglio soffermarmi sul quadro economico di riferimento. Nella *component* 1 della missione 6 investiamo complessivamente 7,9 miliardi. Come è noto, altri 12,33 miliardi li investiamo nella *component* 2. Tali risorse includono PNC e React-EU.

Nel dettaglio la *component* 1 prevede: case della comunità e presa in carico delle persone: 2 miliardi; casa come primo luogo di cura: 4 miliardi in assistenza domiciliare e telemedicina; sviluppo delle cure intermedie: 1 miliardo; salute ambiente e clima: 0,5 miliardi (PNC).

Il piano operativo del sistema «salute ambiente biodiversità e clima», approvato nel dicembre 2021, ha l'obiettivo di migliorare ed armonizzare le politiche e le strategie di attuazione della prevenzione primaria e della risposta del Servizio sanitario nazionale alle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali. Si tratta di una scelta coerente con la nostra impostazione *one health*, che assuma la qualità ambientale come una determinante fondamentale per garantire il diritto alla salute.

Mi fa inoltre piacere, in questa sede, annunciare un'altra importante novità dal punto di vista degli investimenti che mettiamo in campo. Alle risorse precedentemente richiamate, nei prossimi mesi, grazie ad una preziosa collaborazione con il Ministero per il Sud e la coesione territoriale, se ne aggiungeranno altre, sempre di matrice europea, di circa 625 milioni. L'Italia, per la prima volta nella sua storia della programmazione dei fondi europei e italiani, avrà un Piano operativo nazionale salute. Non era mai successo. È un progetto con una forte dimensione sociale che ci consentirà di mettere in campo ulteriori interventi su medicina di genere, salute mentale, povertà sanitaria, *screening* oncologici.

Ci sono poi le risorse nazionali. Quando sono diventato Ministro, poco più di due anni fa, esse ammontavano a 114 miliardi di euro, e si investiva mediamente circa 1 miliardo in più ogni anno. Con la ultima legge di bilancio siamo arrivati a 124 miliardi, con l'impegno a crescere ancora nei prossimi anni. Mai in un tempo così breve si era vista una crescita così significativa.

Nel bilancio, che abbiamo approvato nei giorni scorsi, c'è un'altra scelta rilevante. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, è autorizzata la spesa per il personale di 90,9 milioni per l'anno 2022, di 150,1

milioni per l'anno 2023, di 328,3 milioni per l'anno 2024, di 591,5 milioni per l'anno 2025, e di 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Queste risorse, assegnate in deroga ai tetti di spesa, sono a sistema e mettono in sicurezza gli investimenti che facciamo con il PNRR anche oltre il PNRR.

Ecco perché il decreto ministeriale n. 71 rappresenta un progetto sostenibile economicamente che nei prossimi mesi ed anni può essere ulteriormente implementato. Penso per esempio alle strutture per le cure palliative ed a un ulteriore sviluppo delle «farmacie dei servizi», con una particolare attenzione a sviluppare, anche nelle nostre farmacie, alcune delle attività di telemedicina che finanziamo con il PNRR. È sulla base di questo robusto quadro finanziario, che ho sinteticamente ricordato, che possiamo affermare che la stagione dei tagli per la sanità italiana è finalmente terminata.

Per evidenti ragioni di tempo, nella seconda parte di questo mio intervento, prima di soffermarmi sullo stato di attuazione del PNRR, richiamerò in modo molto sintetico i principali nodi della rete territoriale che prevediamo nel decreto ministeriale n. 71, sottolineando che nelle prime pagine è indicato un metodo di lavoro, un cambio di paradigma. Infatti, prima dei numeri, dei fabbisogni, degli indici di riferimento, viene precisata una metodologia di lavoro che ruota attorno a due concetti fondamentali: stratificazione, per conoscere e monitorare i bisogni di salute, e progetti di salute. Sono due buone pratiche che caratterizzano le eccellenze della sanità territoriale italiana. Il decreto ministeriale n. 71 le codifica come metodologia standard nazionale per orientare il lavoro di programmazione e le attività delle aziende sanitarie e dei distretti. È la traduzione pratica della nostra scelta di fondo: ripartire dai territori, dalle condizioni di vita delle persone, dai bisogni di salute che le comunità esprimono e da queste esigenze far discendere obiettivi, modelli organizzativi e la spesa necessaria.

Le case della comunità rappresentano il cuore della nostra nuova rete territoriale; saranno impegnate su tutti quei bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria che non riguardano l'acuzie e l'emergenza-urgenza. Rappresentano il luogo fisico, facilmente riconoscibile, della integrazione sociosanitaria e lavorano sulla base di un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare. Hanno l'obiettivo strategico della presa in carico della comunità di riferimento attraverso l'istituzione di un'*équipe* multiprofessionale costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità e tutti gli altri professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura.

Con il comma 163 della legge di bilancio 2022, si individua nelle case della comunità il luogo fisico dell'integrazione sociosanitaria. È nella casa di comunità che con i PUA (punti unici di accesso) verrà eseguita la valutazione unitaria e multidimensionale della persona, definendo, quando necessario, un progetto di assistenza individuale ed integrato.

Coerentemente con questa scelta, nel decreto ministeriale n. 71 prevediamo che in tutte le case della comunità, insieme ai professionisti sa-

nitari, ci debba essere almeno un assistente sociale. La casa della comunità promuove e realizza i progetti di salute con particolare attenzione a tutte quelle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità. La riforma prevede la realizzazione di una casa della comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, con assistenza medica e infermieristica. Le case della comunità *spoke* dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto unico di accesso, il collegamento con il CUP aziendale, la presenza medica e infermieristica. In questo contesto, gli studi dei medici di medicina generale e le sedi di riferimento delle AFT saranno *spoke* delle case della comunità *hub*.

La casa come primo luogo di cura porta l'assistenza domiciliare integrata, entro il 2026, al 10 per cento per le persone *over 65* (in Italia eravamo solo poco tempo fa al 4 per cento di copertura, con una media OCSE al 6 per cento, e i migliori modelli, Germania e Svezia, al 9 per cento). Più in generale, nell'assistenza domiciliare avrà progressivamente un effetto fondamentale la telemedicina, sulla quale investiamo 1 miliardo di euro.

L'ospedale di comunità è una struttura sanitaria della rete territoriale destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio stesso.

L'implementazione di tali strutture, con uno standard che mira alla graduale attivazione di 0,4 posti letto ogni 1.000 abitanti permetterà una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altri livelli dell'assistenza e potrà facilitare la transizione dall'assistenza ospedaliera per acuti a quella domiciliare.

L'infermiere di famiglia e di comunità è la figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

È prevista l'attivazione di un infermiere di famiglia e di comunità ogni 2.000-3.000 abitanti, da impiegare nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola. Il decreto-legge n. 34 del 2020 ne prevedeva 9.600; con le nuove risorse della legge di bilancio quasi li triplichiamo.

L'Unità di continuità assistenziale (UCA) afferente al distretto è un'*équipe* mobile distrettuale composta da almeno un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti, che opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina, in collaborazione con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta delle AFT e tutti gli altri attori del sistema. Essa ha l'obiettivo di supportare, per un tempo definito, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità, e può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa

di presa in carico. La sede operativa e organizzativa dell'UCA è costituita dalle case di comunità *hub*.

La Centrale operativa territoriale (COT) è una struttura che si occupa di coordinare la presa in carico della persona e di raccordare tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e in raccordo con la rete dell'emergenza-urgenza). Tale funzione è svolta dalle sopracitate Centrali operative territoriali (COT), con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sette giorni su sette. Al fine di garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni è stata prevista una Centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti, il cui standard di personale prevede almeno 5-6 infermieri e almeno 1-2 unità di personale di supporto. La COT si interfaccia anche con la Centrale operativa regionale «116-117»: è questa, infatti, la sede del Numero europeo armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione, attivo ventiquattr'ore su ventiquattro e sette giorni su sette, per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il decreto ministeriale n. 71 indica, inoltre, le modalità d'azione della rete delle cure palliative; dei servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie; e per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.

Prima di passare alla *governance*, è utile precisare che, in questa prima versione del decreto ministeriale n. 71, abbiamo concentrato la nostra attenzione sugli interventi previsti dai finanziamenti europei.

Nella proposta di riforma, la struttura centrale dell'organizzazione dell'assistenza territoriale è il distretto responsabile dell'attività di programmazione, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e di competenze professionali. È il distretto garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi di salute in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Appare del tutto evidente, in questo quadro, che è indispensabile potenziare i distretti e qualificarne fortemente le direzioni. A tal fine, abbiamo previsto le risorse per uno specifico corso di formazione. Stiamo inoltre lavorando con Regioni e sindacati sulla medicina generale: è nostra convinzione che un ruolo rafforzato della medicina generale sia un tassello fondamentale della riforma della rete territoriale. L'obiettivo che intendiamo perseguire è stabilire una forte connessione tra l'attività dei medici di medicina generale e le iniziative definite dal distretto e dalla casa della comunità.

Venendo alla seconda parte del mio intervento, mi soffermerò più dettagliatamente sullo stato di attuazione del PNRR. Lo farò in modo schematico, richiamando le scadenze, alcune linee di indirizzo e i principali atti adottati.

Per quanto riguarda le risorse, il 20 gennaio 2022, dopo l'intesa della Conferenza Stato-Regioni, è stato firmato il decreto di ripartizione delle

risorse che ci sono state assegnate. Si tratta di un passaggio fondamentale del nostro lavoro: dalla fase di programmazione passiamo all'attuazione dei programmi. Sul riparto dei fondi mi preme mettere in evidenza un solo dato: quello relativo al Sud. Nel decreto di riparto che ho firmato, con cui sono state ripartite risorse per circa 8 miliardi, sono state assegnate risorse al Sud per circa il 41 per cento, a cui si aggiungono i circa 625 milioni del PON. È un risultato rilevante, perché le diseguaglianze sul diritto alla salute sono odiose e inaccettabili. Il diritto alla cura e all'assistenza non può dipendere dal luogo in cui si nasce o dal reddito familiare. Uguaglianza, omogeneità dell'offerta di salute sul territorio, per tutti, è una delle tre parole chiave del nostro progetto di riforma della sanità italiana.

Più in generale, sulla ripartizione delle risorse per aree di intervento, credo risulti sempre più evidente, con la definizione dei progetti, che la nostra riforma della sanità possiede una forte carica di innovazione. Alla sanità digitale, alla digitalizzazione dei DEA, all'ammodernamento delle grandi apparecchiature ed alla ricerca sono destinati circa 7,6 miliardi. E più precisamente: telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici: 1 miliardo; rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione: 1,672 miliardi; ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: 4,052 miliardi; valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale: 524,140 milioni; ecosistema innovativo per la salute: 437,400 milioni. Si tratta di un dato che, per la sua forza, non ha bisogno di ulteriori considerazioni.

Approvare, entro il prossimo 30 giugno, la riforma della nostra assistenza territoriale rappresenta la scadenza più importante dei prossimi mesi.

Si tratta della premessa indispensabile per costruire una sanità di prossimità, per avere standard e modelli organizzativi omogenei in tutto il Paese e per ridurre le diseguaglianze. È l'obiettivo al quale lavoriamo ogni giorno da mesi. Con le Regioni abbiamo svolto un proficuo lavoro comune sia nel gruppo di lavoro istituito il 2 luglio 2021, sia nella cabina di regia del Patto per la salute, che ha formalmente approvato il decreto ministeriale n. 71.

Dopo l'intesa della Conferenza, prima del decreto finale, ci saranno i due passaggi previsti dalla procedura: il parere del Consiglio di Stato e il passaggio in Corte dei conti. Procedendo con un ritmo di lavoro serrato, siamo nei tempi per centrare questo primo traguardo strategico.

Per fare fronte alla natura innovativa del PNRR, un programma che a differenza del passato non è basato sulla rendicontazione dei costi, ma sul raggiungimento di *milestone* e *target* entro una tempistica inderogabile, è stato necessario definire, sin dalla fase progettuale, scelte altrettanto innovative per assicurarne una gestione coerente con gli impegni assunti.

Innovare le procedure è indispensabile in considerazione del fatto che il Ministero della salute in quanto amministrazione centrale titolare, ha la piena ed esclusiva responsabilità anche degli interventi «a regia» per i

quali le Regioni e le Province autonome sono soggetti attuatori. Ecco perché si è cercata una modalità strumentale che consentisse al livello regionale di procedere all'attuazione degli interventi di propria competenza, mantenendo in capo al livello centrale il coordinamento e la capacità di monitoraggio, interazione ed eventuale intervento. Abbiamo quindi deciso di sottoscrivere con ciascuna regione e provincia autonoma un Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) che verrà accompagnato da uno specifico piano operativo.

Attualmente le Regioni, dopo una prima fase di ricognizione e programmazione conclusasi lo scorso dicembre e finalizzata all'individuazione dei siti dove realizzare case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali, stanno procedendo, attraverso i RUP individuati dalle singole aziende sanitarie, alla compilazione di schede intervento che vengono progressivamente caricate su una piattaforma nazionale che abbiamo realizzato.

Sulla piattaforma nazionale, grazie al prezioso lavoro di Agenas e di tutte le Regioni e Province autonome, vengono caricate e geolocalizzate le schede intervento relative ai progetti per: 1.350 case della comunità; 400 ospedali di comunità; 600 centrali operative territoriali; 3.100 nuovi grandi apparecchiature che sostituiscono quelle con più di cinque anni di vetustà; 280 interventi di digitalizzazione di DEA; oltre 300 interventi per rendere sicuri e sostenibili i nostri ospedali. I numeri, anche in questo caso, sono più chiari di tante parole: dobbiamo realizzare circa 6.000 interventi in tempi stretti e inderogabili. È una sfida ambiziosa.

Per questo motivo abbiamo scelto lo strumento del Contratto istituzionale di sviluppo. Il CIS (decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88) è uno strumento di carattere negoziale, un vero e proprio contratto tra le parti contraenti, che definisce: il programma, le schede dei singoli interventi, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e le modalità di soluzione per gli eventuali conflitti e inadempienze, prevedendo meccanismi di definanziamento e le condizioni di attivazione dei meccanismi sostitutivi previsti dalla legislazione specifica emanata per l'attuazione del PNRR. I CIS vanno sottoscritti entro il prossimo 31 maggio.

Per quanto riguarda la sanità digitale, l'investimento nella telemedicina e nella digitalizzazione è un punto qualificante degli interventi di riorganizzazione e rilancio del nostro Servizio sanitario nazionale previsti nell'ambito del PNRR. Ne integra infatti gli obiettivi fondamentali: contribuire a ridurre gli attuali divari territoriali nell'offerta di salute; garantire una migliore esperienza di cura per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali.

Il 30 dicembre 2021 è stato siglato, da Agenas, Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR (Ministero della sanità) e dal Dipartimento per la trasformazione digitale, il Piano operativo relativo al subinvestimento.

Quanto alla telemedicina, contestualmente, è stato firmato anche l'accordo tra le tre amministrazioni che identifica Agenas quale soggetto attuatore del suddetto subintervento. Il Piano operativo articola l'intervento

in due fasi: realizzazione della piattaforma nazionale di telemedicina; attivazione di servizi di telemedicina a livello regionale. La fase di realizzazione della piattaforma nazionale di telemedicina avverrà, coerentemente con le indicazioni del Comitato interministeriale per la transizione digitale del 15 dicembre 2021, con una procedura di partenariato pubblico-privato dove il soggetto pubblico sarà Agenas. L'emanazione dell'avviso pubblico per la realizzazione della Piattaforma avverrà entro il primo trimestre 2022.

Inoltre, al fine di assicurare che le misure finanziate nell'ambito del PNRR relativamente a telemedicina e sanità digitale possano proseguire nel futuro, con l'articolo 21 del decreto-legge n. 4 del 2022 Agenas assume anche il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale.

A dicembre 2021 sono stati definiti due importanti piani operativi relativi a: progetto pilota di intelligenza artificiale; progetto portale della trasparenza. Investiamo 50 milioni per dare nuovo impulso all'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella cura del paziente. Saranno sviluppati: servizi di supporto al medico per condurre l'anamnesi e giungere alla diagnosi (il sistema fornirà informazioni e suggerimenti non vincolanti); servizi di supporto per condurre, da remoto, la televisita; App per gestire in modo più efficace la prevenzione secondaria.

Con 25 milioni aggiorniamo il Portale della trasparenza con un nuovo progetto che si pone due obiettivi di fondo: rilevare i bisogni di salute per disegnare una mappa della salute che individui i fabbisogni dei servizi su base territoriale; realizzare una infrastruttura di banche dati territoriali per velocizzare gestione e restituzione dei contenuti, andando incontro alle esigenze reali degli utenti.

Ad agosto 2021 è stato definito il piano dei fabbisogni per la realizzazione della piattaforma nazionale per l'incontro di domanda e offerta dei servizi di telemedicina. La realizzazione della piattaforma garantirà il raggiungimento dei tre obiettivi strategici: promuovere l'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina, grazie a una piattaforma tecnologica centrale e a progetti specifici per il suo utilizzo da parte dei sistemi sanitari regionali; raccogliere le esperienze già in uso per validarle e consentirne la diffusione; favorire la condivisione di nuove esperienze e applicazioni di successo migliorando la cultura della sanità digitale.

La piattaforma non erogherà servizi di telemedicina, ma promuoverà lo scambio di soluzioni valide e svolgerà un'importante funzione di divulgazione e promozione della telemedicina. Gli strumenti, da soli, non bastano: occorrono competenza, fiducia e abitudine a usarli da parte sia della popolazione, sia dei professionisti sanitari.

Sempre con finanziamenti della *component 2* del PNRR ultimiamo lo sviluppo del progetto per dotarci di un modello predittivo, che sia in grado, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie fondate sul *machine learning* e sull'intelligenza artificiale, di simulare diversi scenari di evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione, al fine di supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse.

A settembre è stato definito, con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, il piano operativo che ha avviato l'investimento relativo al fascicolo sanitario elettronico. Il progetto mira a migliorare radicalmente l'infrastruttura tecnologica che sta alla base dell'erogazione delle cure, dell'analitica sanitaria e della capacità predittiva del Servizio sanitario nazionale. In particolare, è volto a potenziare l'infrastruttura e l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico esistente. Tale fascicolo diventerà un ambiente di dati omogeneo, coerente e portabile in tutto il territorio nazionale. Fornirà uno sportello unico con tre funzioni fondamentali: facilitare il lavoro degli operatori sanitari, fornendo un'unica fonte di informazioni cliniche che dettagliano l'intera storia medica di un paziente; fornire ai pazienti un punto di accesso unico ai servizi fondamentali erogati dai sistemi sanitari nazionali e regionali; fornire alle amministrazioni sanitarie i dati clinici da analizzare per migliorare l'erogazione delle cure (nel rispetto della normativa in materia di *privacy*).

Più dati, meglio strutturati e con una infrastruttura analitica più potente permettono di disegnare scenari predittivi, individuare tempestivamente le criticità, intervenire con efficacia. Per questo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico è la pietra angolare della trasformazione digitale della sanità. Inoltre, consente l'interoperabilità dei dati sanitari a livello europeo, inserendosi in modo proficuo nel più ampio progetto di rete *e-health* a cui l'Italia partecipa.

La forza del nostro Servizio sanitario nazionale è naturalmente la forza dei suoi professionisti, donne e uomini che compiono ogni giorno il proprio dovere. Un investimento significativo del PNRR mira alla valorizzazione e allo sviluppo delle loro competenze. Sono stati definiti tutti gli atti per il finanziamento di ulteriori 900 borse aggiuntive relative al primo ciclo di formazione specifica in medicina generale. Nel corso dei prossimi mesi si attiveranno le procedure per il completamento di altri due cicli formativi, per un totale di 2.700 borse di studio aggiuntive, per un importo complessivo di 101.973.006 euro. Per il superamento dell'imbuto formativo sono stati definiti tutti gli atti per il finanziamento di ulteriori 4.200 contratti di formazione medico specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi, per un importo complessivo di 537,6 milioni di euro.

Sono state ripartite le risorse tra le Regioni e sono stati definiti i contenuti minimi formativi per la realizzazione di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere. Riguarderà 293.386 operatori sanitari del Servizio sanitario nazionale, con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026, per un importo complessivo di 80 milioni di euro.

Sono stati avviati i lavori per la definizione con Agenas dei contenuti minimi formativi del corso per la formazione di 4.500 dirigenti del Servizio sanitario nazionale (direttori generali, sanitari e amministrativi, nonché direttori di dipartimento, direttori di distretto e direttori di presidio ospedaliero).

In questo settore è in corso un lavoro senza precedenti per quantità delle risorse impegnate e qualità degli obiettivi definiti. Con il decreto approvato il 27 gennaio 2022, d'intesa tra il Ministero della salute e il Ministero dell'università e della ricerca, sono state approvate le linee guida per investimenti strategici in questo settore. In particolare, il progetto Ecosistema innovativo della salute mira a realizzare reti clinico-transnazionali di eccellenza per potenziare la ricerca biomedica nazionale attraverso: la creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico; il rafforzamento e lo sviluppo qualitativo e quantitativo degli *hub life science* per area geografica, in specifiche aree di intervento; la realizzazione della fondazione HUB Antipandemico (APH), istituita dall'articolo 1, comma 945, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, per la gestione e contrasto alle malattie infettive epidemiche e pandemiche.

Un secondo obiettivo strategico è approvare entro la fine del 2022 il decreto di riforma degli IRCCS. A tal proposito, voglio ricordare che nell'ultimo Consiglio dei ministri è stata approvata la legge delega di riforma (in anticipo rispetto alla nostra tabella di marcia). Si tratta di una riforma strategica per rafforzare gli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico.

Intendiamo potenziare gli IRCCS, valorizzare il loro ruolo di eccellenza nella ricerca e favorire il trasferimento delle loro innovazioni sul territorio.

Credo sia evidente, dai dati che ho schematicamente ricordato, che siamo in presenza di un lavoro imponente per dimensioni e di straordinaria importanza per il futuro del nostro Servizio sanitario nazionale. Muovendoci con il massimo di unità e condivisione, è una sfida che possiamo e dobbiamo vincere insieme.

PRESIDENTE. Signor Ministro, la ringrazio per la sua ampia relazione che credo meriti una discussione, come quella che ci prepariamo ad affrontare.

Prima di dare spazio ai colleghi, vorrei solo aggiungere che ho apprezzato il suo richiamo alla necessità di ridurre le differenze territoriali anche in tema sanitario. I miei colleghi perdoneranno una mia fissazione: quella di vedere nella regia nazionale del PNRR una garanzia da questo punto di vista, perché credo che diritti universali, quali salute e mobilità, non possono essere rimandati alla bravura dell'amministratore locale di turno; ma è lo Stato che deve fare lo Stato. Il PNRR con questa regia nazionale credo ci dia qualche garanzia in più.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, signor Ministro, credo che sia giunto il momento di fare una seria riflessione sui controlli, siano essi mirati all'attuazione del PNRR o agli esiti degli erogatori, siano essi pubblici o privati, siano essi accreditati o a contratto, siano per il governo dei rischi endemici e pandemici o di sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, non rincorrendo l'emergenza, ma agendo in programmazione ordinaria. D'altronde, non passa settimana senza che vi siano piccoli o grandi

scandali che coinvolgono di volta in volta sia le commissioni per il riconoscimento di indennità, quali l'infermità (Varese è l'ultimo caso di una certa eco), sia le attività di commissioni in materia di opere, beni e servizi.

Abbiamo timore che, in assenza di un sistema puntuale di valutazione, tracciabilità e controllo degli interventi e progetti a missione 6 del PNRR – che, ci sia consentito, non è quello in essere, ma dovrebbe essere agganciato alla previsione dell'ecosistema dati sanitari, di cui all'articolo 21 del decreto sostegni-ter – a distanza di tempo emergano incongruenze ed opacità che faranno del nostro possibile passaggio al futuro un grave ricordo di come si sono sperperate risorse che sono comunque a debito.

È per questo che, in occasione della sua audizione, vorremmo che lei fosse oltremodo convinto – siamo a chiederle espressamente conferma in tal senso – di voler andare a incidere correttivamente sul riposizionamento strategico delle priorità della nostra rete ospedaliera, in particolare sulla reale necessità di talune opere, che sono a nostro avviso assolutamente di buon senso, ma di priorità successiva. Le faccio un esempio, Ministro: in taluni ospedali un po' datati, ma per solidi motivi, si è previsto nel quadro delle direttrici del PNRR di mettere a norma antisismica molti padiglioni, che hanno resistito a oltre cent'anni di asperità e intemperie di vario genere, e per carenza di risorse non si vanno invece a dotare i reparti della strumentazione tecnologica *up to day*, mentre quella presente è datata oltre dieci-dodici anni. A chiunque abbia solo la pazienza di guardare cos'è successo negli ultimi quindici anni in campo di innovazione e tecnologia, salterà agli occhi che in molti reparti ospedalieri abbiamo delle apparecchiature che definirle obsolete è un atto di benevolenza.

Quando le Regioni chiedono flessibilità nell'utilizzo delle risorse, in molti casi si riferiscono proprio a questo, ma è altrettanto vero che è indispensabile mettere in atto controlli stringenti sull'effettiva finalizzazione delle risorse messe a disposizione. Infatti, è vero che ci sono stati moltissimi medici, la stragrande maggioranza, che hanno combattuto, almeno a inizio pandemia, a mani nude; lei sa quanto ci siamo battuti perché venisse riconosciuto un giusto ristoro; e quanto stanziato dal Governo una decina di giorni fa non è neppure un aperitivo. È per questo che abbiamo riproposto nel decreto-legge sostegni-ter gli emendamenti 01.1 e 19.0.1, speranzosi che finalmente troveranno in lei l'attenzione che meritano. È però altrettanto vero che dobbiamo assolutamente avere consapevolezza che bisogna evitare che vi sia chi, in mancanza di controlli, ne approfitti per interessi personali e alimenti inappropriatezze, sprechi e disfunzioni.

Credo che sarà con noi quando sosteniamo che è giunto il momento di non pagare più con la stessa moneta chi offre merce lavorativa di pregio rispetto a chi, viceversa, offre prestazioni lavorative mediocri: questo vale per medici, infermieri e operatori tutti, al punto da superare il vincolo dell'esclusività, legittimando che, in base alla necessità e all'operosità, si rendano disponibili a contribuire al bisogno di risorsa qualificata umana nella struttura di appartenenza, ovvero per il cittadino, o nei confronti dei medici di famiglia, nonché presso strutture sanitarie e sociosanitarie

della rete, autorizzandoli ad effettuare libera professione con un limite temporale ragionevole, per esempio per un massimo del 25 per cento del monte ore complessivo. Questo abbiamo proposto, in termini di concreta valorizzazione del personale sanitario, durante l'esame del decreto sostegni-ter con l'emendamento 20.0.11 che le chiediamo di sostenere. Su questo argomento ci farebbe veramente piacere sapere cosa ne pensa personalmente, perché è indubbio che vi siano strutturali carenze di personale qualificato per il graduale recupero dei ritardi nelle cure delle patologie no-Covid che non possono essere colmate, anche in questo caso, solo con personale neoassunto, se non affiancato da chi possiede il necessario *know-how*. È giusto tenere in adeguata considerazione le disponibilità dei primari, che si sono offerti di restare in servizio per un biennio, ma va prevista in ogni caso una remunerazione e un riconoscimento della categoria stessa.

Infine, vorremmo che fosse ingiunto alle ASL di promuovere in modo incisivo la sicurezza nei luoghi di lavoro, perché negli ultimi tempi c'è stata un'*escalation* di decessi che anche in questo caso va fermata. Non mancano gli strumenti, vanno solo applicati con fermezza e rigore. Anche in questo caso non mancano le norme, ma servono i controlli.

### **Presidenza del presidente della 5<sup>a</sup> Commissione PESCO**

PIRRO (*M5S*). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per la sua relazione molto dettagliata ed esaustiva. Vorrei però soffermarmi su alcune questioni, segnalatemi anche dai colleghi che non possono essere presenti questa sera per concomitanti impegni (ad esempio la seduta della Commissione antimafia).

Il senatore Pisani mi ha chiesto di avere informazioni in merito allo stato di avanzamento del disegno di legge che si deve presentare alle Camere sul nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio cosiddetto *one health*, così come previsto nella componente C1 della missione 6.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle case della salute in particolare, ma anche degli ospedali di comunità che lei citava prima, ci ha detto che le Regioni stanno inserendo i dati delle localizzazioni e le schede sulla piattaforma nazionale. Mi domando se ci sia una sorta di controllo dei requisiti, anche territoriali, da parte del Ministero di questa distribuzione, per fare in modo che in Regioni con territori particolarmente disagiati, nelle zone interne o nelle zone montane, ci sia un'uniformità di raggiungibilità di queste sedi da parte di tutti i cittadini. Penso ovviamente alle zone montane del Piemonte e di altre Regioni del Nord, ma anche a Regioni come l'Umbria, di cui forse parlerà poi più estesamente il senatore Zaffini, con territori interni, o la Basilicata più a Sud. Mi domando se

ci sarà poi una verifica ed eventuali correzioni da parte del Ministero rispetto alle proposte che arriveranno dalle Regioni.

In merito al decreto ministeriale n. 71, che è stato lungamente atteso da tutti noi, abbiamo cominciato a vedere il testo che sta circolando: ho letto in particolare la parte sull'infermiere di famiglia o di comunità. Lei sa che su questo nuovo profilo abbiamo anche il disegno di legge n. 1346, incardinato in Commissione sanità, a prima firma del senatore Marinello. Rispetto a quello che ho avuto modo di vedere nella bozza del decreto ministeriale n. 71, mi domando se poi ci sarà anche un'agevolazione della conclusione dell'*iter* del disegno di legge n. 1346, dal momento che nel decreto ministeriale non ci sono riferimenti alla formazione di queste figure professionali o al loro inquadramento contrattuale. Per noi è molto importante che si vada verso un profilo dipendente e non su profili di lavoro autonomo, visto che un diverso inquadramento potrebbe creare delle criticità, ed è importante anche la dipendenza funzionale di queste figure rispetto all'assetto territoriale della sanità.

Infine, restando sul percorso della formazione riguardo alla formazione dei medici di medicina generale, le chiedo se ci sia un'apertura e la volontà di trasformare il percorso attualmente regionale – che, per quanto ci siano delle linee guida, vede comunque della disomogeneità nel panorama nazionale – e instradarlo verso un percorso universitario, così come i percorsi di formazione che lei ha citato sulla dirigenza sanitaria (anche questi attualmente su base regionale), mentre esistono già dei percorsi, per esempio di *master* universitario, che non danno però accesso all'attività all'interno delle Regioni. Quindi, le chiedo se vi sia la previsione di regolamentare diversamente anche questi aspetti.

ZAFFINI (*FdI*). Signor Presidente, signor Ministro, rispetto al testo del decreto ministeriale n. 71 circolano un po' di versioni e di anticipazioni, più o meno una diversa dall'altra e in alcuni punti addirittura molto divergenti, non si capisce bene a quale scopo.

Probabilmente faccio un discorso difficile da inquadrare dal punto di vista istituzionale. Considerata la grande rilevanza della riforma – sostanzialmente lei ha detto che entro il 30 giugno il provvedimento dovrà essere adottato – le chiedo se non sia il caso di fare una pre-adozione e cominciare a ragionarci con le Commissioni competenti. Se aspettate il 30 giugno e poi venite qui a presentarcelo, con la solita postura – non sua ma del suo Governo – già cotto e sostanzialmente già digerito, diventa difficile impostare un'interlocuzione costruttiva. Non so francamente quale possa essere la formula, però troviamo il modo, visto che dopo quarantun anni questa è una riforma sostanziale del Servizio sanitario nazionale, o quantomeno lo è negli intenti. Voglio sperare che riusciremo a trovare una forma diversa: in questo faccio appello a lei.

Tanti aspetti di quelli delineati sono condivisibili ed è difficile non condividere gli auspici, ma siccome la strada dell'inferno è sempre lastricata di buone intenzioni, credo che adottare un sistema di maggiore coinvolgimento e condivisione del Parlamento sia auspicabile. Fra l'altro,

come Commissione sanità abbiamo avviato l'esame di un affare assegnato sulla medicina territoriale, sul quale fin dall'inizio non ho mai avuto grandi aspettative, però almeno proviamo a condividere di più. Aspetto di leggere meglio quello che lei ci ha detto, perché l'ho ascoltata con attenzione, ma ci ha fornito talmente tanti elementi e talmente tanti numeri che era impossibile seguire tutta l'esposizione.

A mio avviso il nodo veramente gordiano, dove è possibile che tutto si blocchi, riguarda il personale (non solo il personale medico, ma anche delle altre professioni). Vi è poi tutta la declinazione territoriale che già alcune Regioni stanno adottando: in Umbria per esempio abbiamo già adottato il provvedimento, prima ancora del Piano sanitario regionale, la cui elaborazione è *in fieri*. È chiaro a tutti che il tema vero è quello del personale, dove si può bloccare questo meccanismo. Lei ha snocciolato una serie di dati e di numeri, però obiettivamente è sul personale che vanno adottate delle riforme di sistema. Faccio un esempio: va finalmente sciolto il nodo dei medici di medicina generale. È in corso il dibattito se lasciarli con un rapporto convenzionato, come sono attualmente, oppure assumerli in organico nel Servizio sanitario regionale. Io non ho una risposta e sinceramente non ho neanche una posizione netta, però sicuramente è un dibattito che va affrontato, perché come sono oggi è evidente che non va bene.

Fra l'altro, anche rispetto al grado di coinvolgimento dei medici di famiglia in tutto ciò che sta accadendo nella sanità, a cominciare dalla campagna di vaccinazione per finire nell'elaborazione della riforma, appare quasi evidente che stiamo facendo molte cose a loro insaputa o lasciando in contumacia questa categoria, che invece a mio avviso è il crocevia. Il medico di famiglia è il *front office* del Servizio sanitario nazionale: questo è evidente. Per quanto noi possiamo progettare e programmare altre infrastrutture, come infermieri di famiglia, case e ospedali di comunità, nell'immaginario e nella storia familiare degli italiani c'è il medico di famiglia: questo è innegabile. Allora, attenzione, perché anche qui rischiamo di saltare l'elemento fondamentale e, anziché creare agevolazioni, generare sovrapposizioni e meccanismi vischiosi dai quali poi non riusciamo a uscire. Occorre chiarire bene questa figura, perché dentro questa riforma ci deve essere la nuova immagine del medico di medicina generale.

Sull'impiantistica, in parte condivido quanto detto dalla collega Cantù. Faccio un esempio: rispetto agli impianti di radioterapia oncologica e agli acceleratori lineari, nel PNRR ne sostituiamo ottantadue. Se piazziamo la data di obsolescenza a dieci anni, ne servono quasi duecento. Perché ne sostituiamo allora solo ottantadue? Lei, signor Ministro, ha detto di piazzare l'obsolescenza a cinque anni, io le dico a dieci anni e aggiungo che ne servono circa duecento. Perché ne mettiamo ottantadue? E poi dove sono? È il segreto di Fatima: non si riesce a sapere dove sono questi ottantadue acceleratori lineari.

Signor Ministro, mi fermo a questo piccolo francobollo dell'impiantistica, ma potrei citarne altri cento. La questione degli acceleratori però è

importante, perché su quella tecnologia, come lei sa, negli ultimi dieci anni sono stati fatti passi da gigante, quasi a triplicare gli anni in termini di ammodernamento della tecnologia. In più, abbiamo la necessità di recuperare le famose prestazioni sospese, che nei trattamenti radioterapici si fanno particolarmente odiose. È evidente a tutti che per un paziente che si porta addosso una patologia di quel tipo dover aspettare per fare il trattamento radioterapico è qualcosa di micidiale. Gli acceleratori di ultima generazione consentono, con il tempo che il vecchio acceleratore impiegava per fare una prestazione, di farne circa dieci. È del tutto evidente che se c'è un'impiantistica sulla quale veramente puntare con decisione, approfittando di queste risorse disponibili e a prestito (come giustamente ha detto la collega Cantù e quindi da spendere bene), questa è l'impiantistica della radioterapia e tutto quello che ci consente di recuperare l'enorme mole di prestazioni sospese, sia sulla diagnostica, ma soprattutto sui trattamenti e sulle prestazioni sanitarie.

Signor Ministro, su questa enorme mole di prestazioni sospese qualche dubbio ce l'ho, perché noi abbiamo fatto prima un decreto, poi un altro, abbiamo messo a disposizione delle Regioni le risorse, ma il *feedback* di queste risorse c'è? Abbiamo un quadro chiaro di queste prestazioni? Quante sono ancora? Quante ne abbiamo recuperate? Che cosa stanno facendo le Regioni? Abbiamo vincolato in modo assolutamente stretto le risorse all'utilizzo dello scopo, cioè al recupero delle prestazioni sospese? Ho qualche dubbio e mi pare di capire che qualcosa non funziona.

Ho due ultime brevi domande: oggi è stato approvato in Commissione un ordine del giorno che sostanzialmente determina il finanziamento del famoso vaccino dell'Istituto superiore di sanità. Il vaccino è stato sviluppato, come lei sa, in ambito Istituto superiore di sanità e ha già delle pubblicazioni rilevanti. Mi permetto di farle presente la seguente circostanza: il Parlamento ha approvato un ordine del giorno, in cui ha addirittura individuato le risorse disponibili e utilizzabili da subito. Questo è un vaccino che è in grado di arrivare in quarta fase in cinque o sei mesi ed è rivoluzionario, perché ha una memoria – loro dicono – di diciassette anni; ma se anche fossero sette andrebbe bene, visto che oggi ci apprestiamo a fare addirittura la quarta dose che durerà venti giorni. Questo è assolutamente importante e approfitto di questa sede per richiamare la sua attenzione.

Un'altra domanda. Noi non abbiamo fatto una Commissione d'inchiesta sulle vicende del Covid; c'erano già parecchi testi prima della pandemia, in tutte le legislature è stata fatta una Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale e i testi prima della pandemia facevano riferimento a tanti elementi sui quali oggi stiamo ragionando, come la disparità della somministrazione dei LEA e quant'altro. Il 31 marzo finisce lo stato d'emergenza. Chiedo al Ministro se è d'accordo a che il Parlamento predisponga uno strumento di indagine serio sulle vicende della pandemia e sul Servizio sanitario nazionale. È evidente che ci piace sapere se il Ministro è d'accordo rispetto a questa ipotesi, non perché sia indispensabile,

però lei è anche segretario di un partito che sta in maggioranza, quindi mi preme conoscere la sua disponibilità.

L'ultima considerazione – e concludo – riguarda la vicenda segnalata dalla collega Cantù: i controlli. Attenzione, signor Ministro, perché questa massa di denaro che, attraverso il PNRR, ci apprestiamo a riversare nella sanità – e non solo – deve per forza suggerire di strutturare un controllo aggiuntivo e straordinario, e questo va fatto dal Ministero e dal Ministro; trovi lei il modo e le collaborazioni necessarie, attiviamo chi vogliamo, però attenzione, perché su tutta questa enorme massa di denaro ci sono già attenzioni importanti da parte di chi invece non vi si deve neanche avvicinare. Se il denaro pubblico è sacro, quello che va in sanità – abbiamo approvato un provvedimento sulla corruzione in sanità – è due o tre volte più sacro. Ribadisco quindi, signor Ministro, di fare attenzione su questo aspetto.

BOLDRINI (PD). Signor Presidente, innanzitutto anch'io ringrazio il nostro Ministro. Quelli che abbiamo vissuto con la pandemia sono stati anni pesanti, e lo sono ancora, perché non ne siamo del tutto usciti. Inoltre, avete dovuto occuparvi anche del PNRR, con tutta una serie di riorganizzazioni. Ciò significa davvero mettere a dura prova un Ministero e un Ministro; e sappiamo bene il lavoro che sta facendo.

Rispetto a tutte le informazioni importanti che lei ci ha dato questa sera, farò delle domande che in realtà sono più che altro degli spunti di riflessione, sempre per cercare di aiutare a migliorare. Noi parlamentari abbiamo visioni che spesso derivano anche da indicazioni ricevute dai soggetti con cui parliamo sul territorio e spesso ci vengono suggerite riflessioni che si possono fare anche in questo contesto. Vorrei quindi sottolineare i punti che ritengo personalmente importanti.

Nella relazione lei ha fatto ovviamente riferimento al PNRR e tutte le suddivisioni dei grandi investimenti che andremo a fare. Importantissime, ad esempio, sono le case della comunità: occorre rafforzare maggiormente i distretti, e sono d'accordo perché provengo da una Regione in cui ci sono i distretti e le case della comunità (prima chiamate casa della salute) e so come funzionano.

Signor Ministro, la prima domanda che le faccio è la seguente: il modello standard, sia qualitativo sia indicante ciò che serve dentro una casa della comunità, ce l'abbiamo: è contenuto nel decreto ministeriale n. 71 e riguarderà le Regioni. Quanto personale vi sarà dedicato: anche questo è indicato. Mi chiedo però come facciamo ad aiutare quelle Regioni che non hanno né una casa della comunità né un distretto. Questo me lo sono sentito dire più volte, signor Ministro, quindi le giro il quesito. A mio parere, dobbiamo aiutare, anche attraverso dei modelli preesistenti, chi deve poi far funzionare. Mi sono spesso sentita chiedere: non sarà mica un poliambulatorio? Non lo è e lei lo ha detto che la finalità non è quella. Si tratta dell'accoglienza del cittadino che ha un primo bisogno di salute, e deve trovarvi la filiera di servizi che gli servono per il suo bisogno.

Da ciò deriva l'importanza del distretto e della *governance* del distretto che – lei lo ha detto molto bene ed è anche indicato nel decreto ministeriale n. 71 – deve fare prima una stratificazione dei bisogni di salute delle persone per erogare i servizi necessari; non a *spot*, ma necessari. Quindi si fa una valutazione e un rilievo dei bisogni di salute, per poi erogare dei servizi. Se, ad esempio, il cittadino ha un problema di diabete, sa che lì avrà una risposta. Inoltre, come lei ha ben sottolineato e come è riportato anche nel decreto ministeriale n. 71, occorre condividere la questione anche con gli enti locali. Sappiamo infatti che i sindaci sono la prima autorità a essere responsabile della salute dei cittadini. Quindi, benissimo che possano partecipare e che debbano condividere, anche con i direttori di distretto e i direttori generali delle CTSS, tutte le esigenze che ci sono. Però – lo ribadisco – laddove non esistono, bisogna che aiutiamo ad agevolare la funzione di una casa della comunità, come previsto dalla finalità.

Un'altra cosa che mi preoccupa è la seguente: noi stiamo dicendo che servono le *équipe* multiprofessionali e multidisciplinari; sono d'accordissimo, perché ci deve essere una sorta di rete che deve funzionare. Ma sappiamo anche che – ahimè – i professionisti non sono abituati a lavorare insieme. Credo che le uniche *équipe* multiprofessionali e multidisciplinari siano le *breast unit* – lei sa molto bene che cosa sono – dove c'è una filiera di professionisti che lavorano insieme; si passano i compiti a vicenda come fossero un'unica persona, in maniera olistica. Le donne operate al seno vengono praticamente prese per mano, a partire dall'infermiere, fino ad arrivare, in fondo, anche allo psicologo. Questa, secondo me, è la vera filiera multiprofessionale. Anche su questo dobbiamo aiutare i nostri professionisti a lavorare insieme; è una cosa che manca.

Non meno importante è avere anche una sorta di contrattualizzazione uguale per tutti i professionisti; diversamente, si lavorerà con molta più fatica rispetto alla situazione in cui tutti abbiano le stesse opportunità contrattualistiche. Questo è un altro tema che non è esclusivo della sanità e che va affrontato in collaborazione con il Ministro del lavoro, però credo che sia un aspetto importante per far funzionare tutta la filiera.

Sia la collega Pirro che il collega Zaffini hanno già toccato il tema delle specializzazioni. Benissimo che siano stati inseriti tutti questi fondi per le scuole di specializzazione. Credo che ormai sia arrivato il momento di pensare a due trasformazioni. La prima è fare in modo che le borse di formazione e di studio possano diventare finalmente dei contratti di formazione. Di fatto, gli specializzandi con il cosiddetto decreto Calabria sono stati assunti al terzo anno, quindi un contratto di lavoro per gli specializzandi è ormai diventata un'esigenza. Le borse di studio sono nate tanti anni fa e, come tutte le cose che ormai vedono un'evoluzione e un'innovazione, devono essere cambiate.

Inoltre, credo che la scuola di specializzazione – ma in realtà non è una scuola di specializzazione, bensì di formazione del medico di medicina generale – debba essere implementata e diventare come le altre scuole di specializzazione. Tutto non si può fare subito, ma occorre una

transizione affinché si inseriscano nel sistema sanitario nazionale anche i medici di medicina generale. Questo non per far loro del male o dire che non hanno lavorato bene, ma per tutelarli: entreranno a far parte della rete del sistema sanitario nazionale e non saranno più abbandonati, come purtroppo è successo con la pandemia, quando molti di loro si sono sentiti isolati perché non erano entrati nel sistema a rete del Servizio sanitario nazionale. Credo che sia anche questo un altro problema.

Un'altra cosa di cui sono preoccupata è quando noi accreditiamo dei servizi, ad esempio l'assistenza domiciliare. Mi preoccupa quando, a proposito dei dati che dovrebbero essere in carico al sistema pubblico, viene fatta una commistione privato-pubblico. Quei dati per noi sono importanti perché contengono tutta l'evoluzione della salute del paziente, ed io ritengo che debbano essere gestiti dal pubblico e contenuti nei *database* dell'assistenza pubblica, affinché si possa decidere come andare avanti per l'assistenza del paziente. Sono dati importanti e a noi servono per sapere quanto è stato fatto e cosa si fa. Ripeto, credo che i dati dei pazienti siano importanti, proprio perché ci sarà un sistema di quantificazione di tutto quello che facciamo.

Mi soffermo, signor Ministro, sul tema dell'infermiere di comunità: ne ha già parlato una collega e anch'io sono d'accordo sul fatto che serva delineare questa figura. Già adesso esistono delle esperienze di infermiere di comunità; nel mio territorio hanno già cominciato e sta funzionando, come abbiamo più o meno previsto anche nella proposta di legge, che abbiamo in parte emendato, dove si dice che il cittadino in base alle proprie esigenze attiva la presa in carico del paziente. Purtroppo ho saputo che in altre Aziende sanitarie, che non sono della mia Regione, succedono cose diverse. Succede che l'Azienda decide di dare dei pazienti all'infermiere di comunità; il medico non sa cosa devono fare; loro chiedono delle cose e rimandano al medico. Non sta funzionando bene. Serve sicuramente una figura che venga individuata con una legge che dica che cosa devono fare.

L'ultima cosa e poi non la tormento più. Lei ha detto dei contratti che state sottoscrivendo con le Regioni. Torno all'esempio che ho fatto delle case di comunità: se le Regioni non ottemperano come dovrebbero, che cosa succede? Questo è un altro dato importante perché non vorrei che crollasse tutto il castello del nostro PNRR.

Ultimissima cosa. Nella bozza del decreto ministeriale n. 71 c'è una sorta di raccomandazione su un tema che, secondo me, dovrebbe essere obbligatorio: i servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile, con l'inserimento anche dello psicologo delle cure primarie, che è un altro tassello importante per rafforzare la salute mentale.

Queste sono le mie riflessioni, signor Ministro, che a mio parere servirebbero per il rafforzamento della sanità del territorio. Sono poi d'accordo con il collega Zaffini per quanto riguarda la tecnologia e la strumentazione.

MODENA (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, signor Ministro, sarò abbastanza sintetica. Ho seguito la questione dell'attuazione del PNRR fino al decreto di gennaio di ripartizione dei fondi delle Regioni, ossia gli 8 miliardi a cui ha fatto riferimento. Le Regioni hanno dei tempi stringenti, nel senso che entro ieri dovevano individuare le basi per ciò che attiene le case di comunità e gli ospedali e fare un po' il quadro. Le chiedo, se possibile, una spiegazione un po' più approfondita con riferimento all'*iter*. Il tempo massimo per l'individuazione del contratto istituzionale di sviluppo è il mese di giugno. Da un punto di vista generale, considerando che è frutto di un'intesa (che poi significa impiego delle risorse e conseguenti atti che devono fare le Regioni), vorrei capire qual è la situazione che ha trovato. Considerando che le Regioni sono diverse, come Ministero può dirci se ha trovato difficoltà o meno o comunque se l'importanza della tempistica è compresa anche sui livelli regionali? Questa è la prima domanda relativa a una questione che ci trasciniamo dietro da quando è scoppiata la pandemia, quindi vorrei anche capire se c'è stato un cambio di passo.

L'altra questione che vorrei comprendere è la seguente. Il decreto di ripartizione che è stato fatto a gennaio parla di corsi di formazione per le infezioni ospedaliere. Presumo che sia stata fatta una scelta, nel momento in cui si parla di formazione del personale, se si è individuata questa tipologia di questione. Vorrei capire se i corsi di formazioni sono in capo alle Regioni e quindi fanno parte del riparto che è stato fatto con il decreto di gennaio, oppure se c'è comunque un monitoraggio da parte del Ministero: glielo chiedo perché non mi è chiaro.

Infine, per quello che riguarda gli IRCCS, vorrei capire le tempistiche, anche alla luce delle risorse del PNRR, considerando che lei ha citato la recentissima legge delega che è stata licenziata dal Consiglio dei ministri.

CANDIANI (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, signor Ministro, sarò molto sintetico. Vorrei porre delle questioni al Ministro sulle quali chiedo sin d'ora, qualora non dovesse avere modo di rispondere subito, di poter avere risposta anche successivamente. Chiedo innanzitutto quali criteri saranno utilizzati per la definizione delle graduatorie, quindi il riparto dei fondi. Abbiamo potuto vedere degli effetti che non sono stati esattamente equilibrati sul territorio per la rigenerazione urbana, e l'ultima cosa che vorremmo è trovarci a dover rincorrere la distribuzione dei fondi, con la definizione di graduatoria per criteri che non conosciamo, ma di cui vorremmo avere cognizione.

C'è una questione importante che deve essere compiuta all'interno di questo PNRR: occorre mettere tutto il nostro territorio, da Trapani fino arrivare a Trento, in condizione di avere una sanità regionale che sia di eccellenza. È evidente che non possiamo permetterci di sprecare le risorse, quindi mi aggiungo all'appello di chi già prima sollecitava i controlli in merito alla spesa.

Terza questione: il rispetto della scadenza del 2026. Molto meglio essere pragmatici, franchi e chiari: se siamo in grado di arrivarci, bene; se abbiamo dubbi sul fatto di poter arrivarci, bisogna contrattare subito con l'Unione europea, tanto più – lo diciamo ma non serve sottolinearlo – in ragione del fatto che siamo in una situazione di emergenza a causa della guerra tra Ucraina e Russia, con un aumento delle materie prime che corrisponde sostanzialmente a limare almeno un 25-30 per cento del valore del PNRR. Ripeto, meglio chiarire subito questi elementi, per non trovarci poi con cantieri che restano aperti e non si possono concludere nella scadenza, o peggio ancora che non hanno le risorse per poter arrivare fino in fondo.

L'ultimo punto che sollevo è quello dei vaccini, a cui ha già accennato il senatore Zaffini. Abbiamo deliberato come Parlamento un mandato importante al Governo: quello di mettere l'Italia in condizioni di avere la maggiore autonomia possibile per le produzioni, per non essere in futuro ulteriormente dipendenti da forniture terze, di Paesi terzi, con delle criticità che sono quelle che abbiamo rilevato.

Signor Ministro, lo *screening* importante e la prevenzione: le è già stata sollecitata un'attenzione agli acceleratori lineari. Il PNRR è investimento. Non dobbiamo dimenticare che purtroppo abbiamo accumulato un arretrato significativo per quanto riguarda la prevenzione delle malattie oncologiche; in particolare faccio riferimento al tumore al seno femminile. È evidente che una situazione del genere necessita, a mio avviso, di un suo chiarimento su come il Governo intende assorbire anche questo arretrato e mettere a disposizione gli strumenti, quindi gli acceleratori lineari. Se sono ottantadue non bastano, se sono riferiti ovviamente a un arco temporale come il decennio; se sono riferiti a un arco temporale più breve, come faremo per la sostituzione dei successivi?

Ultimo punto. Se mettiamo gli strumenti e mettiamo le strutture e gli ospedali, dobbiamo metterci anche il personale medico. Questa è cosa che esorbita rispetto al suo mandato diretto, ma certamente necessita di un impegno del Governo. Quindi chiedo: come risolverete e come avete intenzione di risolvere la questione della formazione e la questione del numero chiuso all'università, che è la fucina dei futuri medici?

IORI (PD). Signor Ministro, vorrei ringraziarla per la sua relazione di questa sera, che è partita da affermazioni di principio, teoriche e di *vision*, e si è progressivamente concretizzata nelle indicazioni di fattibilità. Lei ha iniziato il suo intervento con tre parole chiave: prossimità, innovazione e uguaglianza. Questo è stato l'esordio del suo discorso e vorrei sottolineare la parola «innovazione», perché mi sfugge come si concretizza in realtà questa innovazione dal punto di vista della formazione. Se parliamo di corsi di formazione, rimaniamo ancora fuori da quella innovazione che era invece una delle parole chiave, poiché rimaniamo ancora nella logica di saperi settoriali, che si basano sulla conoscenza e che non diventano sempre competenza. Noi abbiamo bisogno dell'uso della conoscenza e

della competenza. Credo che sia molto importante la trasversalità tra i saperi per arrivare a questo concetto di innovazione.

Lei ha altresì citato l'interdisciplinarietà, che ritengo fondamentale anche in base all'esperienza personale di anni e anni di formazione in ambito ospedaliero e sanitario che ho effettuato e che mi hanno portato, ad esempio, per un anno intero a seguire uno stesso reparto e a vedere le trasformazioni legate alla presenza o all'assenza di interdisciplinarietà. Se parliamo di sociosanitario e di socioassistenziale, abbiamo bisogno di superare la logica della tecnologia e dei saperi segmentati e abbiamo invece bisogno di far crescere una logica di intreccio, di incontro fra i saperi e quindi di un'interdisciplinarietà vera. Questa interdisciplinarietà la vedo come l'unica chiave e unica possibilità di tenere insieme il *to care* con il *to cure*: a mio avviso, non possiamo più permetterci di limitarci alla cura di un «corpo-cosa» se non lo leghiamo alla logica di un prendersi cura di un «corpo-persona».

Da questo punto di vista, la formazione degli operatori sanitari ha bisogno di una formazione alla relazione con gli altri e di una formazione anche alla conoscenza di sé, al prendersi cura di sé, che è la condizione indispensabile per prendersi cura degli altri.

Domando pertanto: che spazi ci sono di cura di sé per questo personale che svolge un'attività così dedicata e che ha quindi bisogno di prendersi cura di sé? Perché da lì viene tra l'altro la storia della medicina, se pensiamo al centauro Chirone che aveva una ferita inguaribile e che ogni giorno, prima di andare a insegnare la medicina, doveva curare la sua ferita. La formazione degli operatori sanitari tutti, iniziale e permanente, a mio parere deve avere queste caratteristiche.

La seconda ed ultima questione riguarda il tema della cronicità, che è legato ovviamente al mutamento demografico: avendo noi sempre più persone anziane, avremo un mutamento consistente di cronicità. Qui ci sono tre dimensioni: il tempo, il corpo e lo spazio, che si modificano a seconda di come vengono affrontati. La mia domanda è: come scorre il tempo nella cronicità? Perché la cronicità è staticità del tempo che non scorre più, che è sempre uguale. La cura è anche riuscire a far ripartire una progettualità, un futuro, una prospettiva anche nelle persone che vivono una dimensione di staticità fisica e di cronicità nella propria patologia.

La seconda dimensione è quella dello spazio, che è ampiamente presente in tutta la sua relazione, dalle case di comunità, dalla casa stessa. Anche questo è importante nella cronicità: abitare luoghi abitati, non solo luoghi di cura in senso sanitario tradizionale.

Infine, il discorso del corpo, che non è solo un corpo oggetto che va curato, ma una persona; non «abbiamo» un corpo, ma «siamo» un corpo, e proprio per questo abbiamo bisogno di essere presi in considerazione come corpo. La mia domanda allora è la seguente: quali modalità potere attuare per dare concretezza a questa *vision* che condivido, che è stata illustrata nella prima parte del suo intervento, ma che non ho colto nello sviluppo successivo della sua relazione? Secondo me, sono due aspetti decisivi per la qualità e per l'innovazione di una medicina di prossimità.

CASTELLONE (M5S). Signor Ministro, la buona notizia è che credo di essere l'ultima ad intervenire (quindi, anche se è tardi, abbiamo quasi concluso); la cattiva notizia è che però ho un po' di punti che vorrei riprendere, seppure in maniera rapida.

Innanzitutto, signor Ministro, la ringrazio, perché penso che è anche grazie al suo rigore, alla sua lungimiranza, al suo aver messo al centro i dati e la visione scientifica, se questo Paese è uscito da questo incubo. Adesso però dobbiamo essere bravi – questo l'abbiamo detto varie volte – e dobbiamo avere il coraggio di fare in modo che tante di queste cose che abbiamo fatto in emergenza diventino strutturali. Per fare questo, dobbiamo avere la visione di qual è la direzione in cui stiamo andando, una visione certamente tracciata dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, però dobbiamo fare uno sforzo – voi come Governo e noi come Parlamento – per inserire anche all'interno dell'attuazione del PNRR tante di quelle proposte che anche la Commissione sanità in questi anni ha provato a fare attraverso disegni di legge già depositati e tanti emendamenti sui quali abbiamo provato a trovare convergenza.

I punti principali che voglio riprendere sono cinque. Il primo riguarda la medicina generale. L'hanno detto già tanti colleghi: se non integriamo la medicina generale in maniera strutturale all'interno della medicina territoriale e della sua riorganizzazione, chiaramente c'è il rischio che vada un po' a fallire tutto. Questo vuol dire integrare dal punto di vista formativo, come hanno detto diversi colleghi: i medici di medicina generale si devono formare con un percorso di formazione specialistica, ma anche per avere più tutele, per migliorare la qualità, per individuare degli obiettivi formativi. Oggi sappiamo infatti che è tutto demandato alle Regioni.

La ricerca anche a partire dal territorio: noi abbiamo investito tanto sulla ricerca, ma quanto stiamo investendo sulla ricerca in ambito di medicina territoriale? Se ci sono stati quei cortocircuiti anche nell'individuazione dei protocolli e di cosa i medici di medicina generale utilizzavano per curare i pazienti Covid, è anche perché gran parte di quei dati non viene immessa in *software* gestionali che siano unitari e interconnessi in maniera strutturata con il Servizio sanitario nazionale, e perché quei dati non vengono utilizzati a scopo di ricerca. Questo è un *vulnus* che ha solo il nostro Paese e che in qualche modo dobbiamo colmare. Anche per questo serve coraggio e serve visione.

Il secondo punto è la telemedicina. Ne parliamo tanto, ma fin quando continueremo a vedere la tecnologia solo come nuovo strumento tecnologico e non invece come miglioramento di un servizio per i cittadini, che significa anche formare i cittadini e i medici all'utilizzo di quel servizio, non andremo da nessuna parte. Credo che anche all'interno della riorganizzazione della medicina territoriale vada previsto un minimo di formazioni o di personale che sia addetto proprio per agevolare i cittadini all'accesso di quei servizi. Penso che tutti noi abbiamo dei genitori che, puntualmente, quando gli arriva il messaggio che è pronto il certificato Covid, ci chiedono di fare l'accesso e di capire in che modo possono scaricare

quel certificato. Occorre quindi semplificare la tecnologia e formare i cittadini all'utilizzo di quella tecnologica.

Il terzo punto è il grande assente: il «118». Continua ad essere il grande assente e lo è anche in questa riforma della medicina territoriale; eppure i medici, gli operatori, gli infermieri, del «118» sono stati spesso all'avanguardia anche della gestione dell'emergenza Covid. È un servizio disomogeneo, organizzato in maniera diversa nelle varie Regioni; sono tra i pochi operatori sanitari che non hanno ancora avuto accesso ad alcuna indennità. A tale riguardo ci sono dei disegni di legge incardinati in Commissione, quindi facciamo uno sforzo insieme, Governo e Parlamento, per metterli al centro dell'agenda politica.

La formazione dei medici è il quarto punto. Ad inizio legislatura avevamo depositato una proposta di riforma della formazione medica che riprende molte delle cose che sono state dette oggi, innanzitutto mettere al centro la programmazione: se lei ricorda, nella legge di bilancio 2019 avevamo istituito una tecnostuttura che serviva proprio per programmare il fabbisogno di specialisti in base al fabbisogno di salute della popolazione. Lo diciamo continuamente: non mancano i medici, ma mancano gli specialisti in determinate materie perché fino ad oggi non si è programmato. Facciamo in modo che questa tecnostuttura parta quanto prima per non ripetere gli errori del passato.

Oggi per i medici in formazione non c'è un meccanismo di certificazione delle competenze che segua il modello europeo ed è una cosa che va assolutamente prevista e che noi avevamo inserito nella riforma. I contratti di formazione medica devono diventare contratti di formazione lavoro: questo lo diciamo da tempo. Abbiamo assunto i medici specialisti al quarto-quinto anno, allora perché non avere il coraggio di fare il passo successivo e cioè trasformare quei contratti di formazione in contratti di formazione lavoro? Occorre inoltre ampliare la rete formativa inserendo anche all'interno la medicina generale, per fare in modo che anch'essa diventi una specializzazione.

L'ultimo punto, infine: come prevediamo di recuperare tutti gli interventi arretrati, in ambito oncologico, ma non solo? C'è davvero un'emergenza sanitaria che adesso deriva dai ritardi che abbiamo accumulato e che in qualche modo dovremo programmare di poter gestire in tempi rapidi.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la precisione del suo intervento. Faccio solo un riferimento alle considerazioni che ha esposto: il contratto istituzionale di sviluppo mi sembra una iniziativa molto ambiziosa e la ringrazio per aver previsto una cosa così pragmatica all'interno del PNRR. Mi chiedo solo se per le Regioni un po' più svantaggiate sia previsto qualche strumento per metterle nelle condizioni di poter riuscire a rispettare il contratto che verrà firmato. Le chiedo dunque se avete pensato a tutto, anche a chi magari avrà più difficoltà.

SPERANZA, *ministro della salute*. Signor Presidente, intanto ringrazio molto tutti per la puntualità degli interventi, per il tono molto costruttivo e – credo – per la condivisione di fondo della sfida che in qualche modo stiamo provando a disegnare. È del tutto evidente – e lo avete detto in tanti interventi – che il lascito di questi anni così difficili non può che essere una nuova grande stagione di investimenti, dentro cui ci sono risorse e riforme. Le risorse sono fondamentali: senza risorse non si può fare – ahimè – nulla, e credo di aver velocemente illustrato nella relazione come oggettivamente ci sono risorse nuove senza precedenti. Il fondo sanitario è cresciuto di 10 miliardi in due anni e mezzo, 20 miliardi di PNRR e il nuovo strumento di 625 milioni del PON salute. Diciamo che c'è una fase nuova sul lato delle risorse e c'è bisogno, insieme a queste risorse, di mettere in campo riforme, perché le risorse da sole non bastano.

Questa è una grande occasione per il sistema Paese; è un'occasione unica che tutti insieme dobbiamo saper cogliere con una collaborazione istituzionale tra Parlamento e Governo, ma penso anche a tutto ciò che va oltre il Parlamento e il Governo, non solo in termini istituzionali: penso *in primis* alle Regioni, ma anche ai Comuni che sulla partita sociosanitaria hanno una funzione fondamentale, ad esempio nelle case di comunità, ma anche con tutti i mondi dell'ambito salute. Penso ancora alle professioni, agli ordini, ai sindacati, alle imprese che hanno svolto un ruolo fondamentale anche nella battaglia Covid, al mondo della ricerca, della conoscenza e dell'università.

Mi sembra, ascoltando i vostri interventi – ho già fatto una riunione simile alla Camera dei deputati -, che la condivisione di fondo di questo obiettivo-Paese sia piuttosto larga e dal mio punto di vista sia anche molto incoraggiante, perché è la premessa per provare a compiere questa operazione.

Se mi consentite, proverei ad affrontare intervento per intervento e provare a dare qualche risposta puntuale e di merito in maniera tale da rendere anche la riunione molto operativa, fermo restando che ho già provveduto a depositare formalmente la relazione ai vostri uffici, di modo che potrà essere distribuita, analizzata e approfondita, perché mi rendo conto che c'erano tanti temi e anche tanti numeri.

In tanti avete posto la questione dei controlli, *in primis* la senatrice Cantù, poi il senatore Candiani, ma anche il senatore Zaffini. Credo che sia un grande tema che ci dobbiamo porre e ritengo che lo strumento del CIS che abbiamo individuato in modo particolare è uno strumento molto innovativo e anche molto impegnativo; è sostanzialmente un patto solenne che andremo a sottoscrivere, Governo e Regioni, in cui ci sono tutta una serie di impegni, di procedure, di tempistiche e anche di modalità di monitoraggio che ci consentiranno di avere un controllo molto, molto costante e un lavoro di cabina di regia anche Governo-Regione nell'attuazione delle procedure.

Devo dirvi che – lo ha chiesto in maniera più specifica la senatrice Modena – ho la sensazione che da parte delle Regioni con cui ho a che

fare quotidianamente – evidentemente su questa materia c'è un lavoro quotidiano di collaborazione con le Regioni – ci sia una consapevolezza della posta in gioco e c'è un primato di questa materia. Ho un tavolo con gli assessori regionali, ma molto spesso di questa materia si parla anche con i Presidenti direttamente, perché è del tutto evidente che è materia fondamentale su cui non possiamo sbagliare.

Il CIS è uno strumento stringente, come vi dicevo, quindi con modalità e tecniche di monitoraggio molto puntuali, e prevede in ultima istanza – mi auguro che non servirà l'utilizzo di una procedura straordinaria – anche un potere in qualche modo suppletivo, che nel caso di inadempienza può essere utilizzato dall'autorità centrale per intervenire. Penso che questa debba essere una priorità su cui dobbiamo mettere l'attenzione. D'altronde, abbiamo una responsabilità enorme nei confronti della nostra comunità nazionale, nei confronti del nostro Paese e dei nostri cittadini, e ce l'abbiamo anche nei confronti dell'Unione europea, perché la cifra più alta, sia in termini assoluti che in termini di percentuale, dell'investimento di Next generation EU a livello europeo riguarda proprio l'Italia, quindi dobbiamo essere assolutamente seri e rigorosi.

In tanti interventi avete posto la questione del personale: lo ha fatto la senatrice Cantù, la senatrice Pirro, il senatore Zaffini e la senatrice Boldrini. Sostanzialmente è stato un punto toccato da tutti gli interventi. Condivido il fatto che quella del personale sia probabilmente la madre di tutte le questioni; è la vera sfida di fondo che dobbiamo provare a vincere. Ora, dalla fotografia della realtà odierna si evince che noi veniamo da una lunga fase in cui l'impostazione di fondo della spesa sanitaria è stata costruita, come è noto, attraverso silos chiusi e tetti di spesa. In sanità, come voi sapete benissimo, c'era un tetto di spesa che bloccava le Regioni e le Aziende sanitarie e ospedaliere alla spesa sostenuta nel 2004 meno l'1,4 per cento. Mi sono consentito, qualche volta anche pubblicamente (ora siamo in una sede più raccolta di Commissione), anche una provocazione di natura un po' più politica: mentre si alimentava nel Paese la retorica degli eroi, nella sostanza provenivamo da un quindicennio in cui era stato imposto un tetto di spesa che non autorizzava a spendere più di quanto era stato speso nel 2004 meno l'1,4 per cento. In pratica, per ragioni di bilancio pubblico esclusivamente legate a motivazioni di natura ragionieristica, abbiamo sostanzialmente messo al Paese una camicia di forza – questa è la verità – che ci ha portato a non poter erogare l'investimento necessario a costruire un Servizio sanitario nazionale di eccellenza.

Io odio le contraddizioni, la tecnologia contro l'uomo. Serve la sanità digitale, servono le reti, servono gli ammodernamenti tecnologici, ma poi se non c'è l'uomo, è evidente che tutto ciò non può funzionare, quindi il primo nodo da affrontare deve essere quello.

Negli ultimi anni abbiamo molto modificato i tetti di spesa. Vi segnalo un dato che è passato quasi inosservato nel dibattito sulla legge di bilancio: abbiamo stanziato 1 miliardo di euro fino al 2026 – un investimento crescente negli anni e vi ho riportato nella relazione il flusso della crescita – che per la prima volta è fuori dal tetto di bilancio. Le ri-

sorse che stanziamo per assumere il personale per l'assistenza territoriale, che è il vero punto di sofferenza della situazione, sono per la prima volta, nella storia recente della programmazione della spesa sanitaria, fuori dal tetto relativo al personale. Non ve lo sto dicendo come annuncio: lo abbiamo approvato nella legge di bilancio, con parere favorevole del Governo e voto del Parlamento. Quindi anche il MEF e la Ragioneria fanno un passo avanti molto significativo.

La mia opinione personale è nota, quindi la posso esplicitare, perché è stata una battaglia anche politica, non sempre arrivata fino in fondo. Io penso che si debba proprio superare il modello di programmazione della spesa sanitaria fatto di silos chiusi e di tetti e penso che il tetto che abbiamo imposto al personale non abbia prodotto grandi risparmi. Inoltre, se andate a vedere bene i dati delle Aziende sanitarie, era bloccato il silos chiuso della spesa del personale, ma saliva la spesa per beni e servizi. Infatti, quando un'Azienda sanitaria aveva bisogno di una persona, non la prendeva direttamente assumendola, ma attraverso forme indirette, quali la cooperazione o le società di servizi e quindi, alla fine, la spesa è stata semplicemente spostata. I tetti non riescono a leggere le esistenze delle persone, le necessità e i fabbisogni fino in fondo. Per questo sono favorevole ad un ripensamento del modello di programmazione della spesa sanitaria e al superamento di un modello che abbiamo ereditato da una fase economica radicalmente diversa da quella che stiamo vivendo, in cui, per ragioni di contenimento della spesa pubblica, siamo stati costretti a darci alcune regole. La questione del personale è veramente fondamentale ed è quella più importante.

Per quanto riguarda la formazione dei medici – tema toccato dalla senatrice Castellone – le cose fatte sono eclatanti e non è merito di un Ministro, perché la storia del Covid, quando è entrata nelle nostre vite, ha reso fattibili cose che sembravano impossibili. Posso dire senza timore di smentita, ufficialmente in Commissione, che quando sono diventato Ministro, il Parlamento e le associazioni dei giovani medici mi dicevano che il problema più grande era l'imbutto formativo, cioè il fatto che diversi giovani laureati in medicina non avevano la borsa di specializzazione ed erano sostanzialmente impossibilitati ad entrare nel Servizio sanitario nazionale. Spesso questi ragazzi – anche se ragazzi è un termine improprio perché hanno un'età molto più avanzata – finivano addirittura per dover andare all'estero o per doversi in qualche modo adattare ad altre funzioni. Posso dire oggi che l'imbutto formativo è stato prosciugato e che sostanzialmente è un problema risolto. Abbiamo finanziato nell'ultimo anno 17.400 borse: il triplo rispetto a tre anni fa e il doppio rispetto a due anni fa. Ciò avviene perché a causa della drammatica crisi del Covid, le persone hanno compreso che la sanità è davvero la cosa più importante e che sulle risorse umane bisogna investire, e i Governi e il Parlamento agiscono di conseguenza. Dopo questo picco di 17.400 borse, in legge di bilancio ne abbiamo stabilizzato il numero a 12.000 l'anno e siamo dentro un equilibrio che secondo me può funzionare. Penso che questo risultato dovremmo rivendicarlo come Parlamento e come Governo. Lo ab-

biamo fatto in larga parte con fondi ordinari ma, come avete visto, una parte di tali borse sono finanziate anche con soldi che provengono dal PNRR.

Per quanto riguarda l'ammmodernamento tecnologico, tema che è stato toccato da diversi interventi, è previsto un investimento di 4 miliardi. L'obiettivo è arrivare alla sostituzione di 3.100 attrezzature ad alta complessità. È un'operazione senza precedenti, perché un investimento di 4 miliardi di euro per sostituire attrezzature ad alta complessità nei nostri presidi sanitari è senza precedenti nella storia del Paese: simili risorse prima non erano mai arrivate. Sarà anche una grande leva di eguaglianza non solo nella direttrice classica Nord-Sud, ma anche dentro le Regioni perché, come sapete, anche all'interno delle Regioni, anche quelle che hanno investito maggiormente sul Servizio sanitario nazionale, non sempre tutte le Aziende sanitarie e tutte le Aziende ospedaliere hanno potuto fare gli stessi investimenti. Facciamo quindi un'operazione fortissima che andremo a definire con le Regioni, perché il fabbisogno ce lo indicheranno le Regioni, presentando in queste ore le schede tecniche – le famose 6.000 schede progettuali – che ci diranno esattamente quali sono i 3.100 interventi di cui necessitano. Non è il Ministero da Roma a dire se verrà cambiata l'attrezzatura di un Comune o quella di un altro. È chiaro che c'è una richiesta, una scheda che viene costruita e che poi viene da noi monitorata per capire se ci sono elementi di congruità rispetto alle linee guida che abbiamo dato. Questo è l'impianto generale – del quale chiedeva in modo particolare la senatrice Modena – che ci siamo dati.

La senatrice Pirro mi riportava un momento di riflessione sul tema della prevenzione sanitaria ambientale e climatica, che veniva riportata da un altro collega. In tale ambito, è stato presentato un progetto molto interessante che è stato poco attenzionato e che vi pregherei invece di esaminare nel PNRR, perché è un progetto che tiene insieme un'iniziativa dell'Istituto superiore di sanità e dell'ISPRA. L'obiettivo di fondo è provare a mettere a rete il sistema di monitoraggio sanitario che fa l'Istituto superiore di sanità con il sistema di monitoraggio ambientale dell'ISPRA. Ormai si capisce che tra salute e ambiente c'è una connessione fortissima. L'OMS parla ormai da anni e anni di strategia *one health*, per cui c'è una sola salute: la salute dell'uomo, la salute dell'animale e la salute dell'ecosistema ambientale in cui viviamo sono profondamente connesse. Questo è un progetto che va esattamente in questa direzione e credo risponda anche all'iniziativa che mi segnalava la senatrice Pirro.

Inoltre, la senatrice Pirro toccava il tema del controllo della distribuzione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle centrali operative territoriali (COT). Anche in questo caso ho provato a spiegarlo nella relazione introduttiva: il decreto ministeriale n. 71 integra l'operazione del decreto ministeriale n. 70. La preoccupazione portata dalla senatrice Pirro relativa alle aree interne e alle aree montane, noi la facciamo totalmente nostra. È evidente che questa operazione deve guardare in *primis* alle aree scoperte rispetto alle grandi strutture ospedaliere. È questa l'operazione che ci consente di portare un livello di assistenza di prossi-

mità sulle aree più deboli. L'indicazione che abbiamo dato va esattamente in questa direzione.

Mi sollecitava ancora la senatrice sull'infermiere di comunità. Io guardo con molta attenzione alle proposte di legge che sono in discussione. L'infermiere di comunità è una figura centrale che sarà protagonista evidentemente sia di un pezzo di assistenza domiciliare, sia delle case di comunità, e sarà la figura principale degli ospedali di comunità. Gli ospedali di comunità noi li immaginiamo come luoghi di cura intermedi a prevalente gestione infermieristica. È chiaro che dipenderanno tutti dal distretto.

Mi veniva posta, inoltre, la questione della formazione dei medici di medicina generale, dalla senatrice Pirro, dalla senatrice Castellone e dalla senatrice Boldrini. È un tema importante di cui ci stiamo già occupando operativamente, nel senso che ho dato incarico al nostro Consiglio superiore di sanità di provare ad elaborare un progetto di riforma della formazione dei medici di medicina generale. Chiaramente è un'operazione che va fatta con i medici di medicina generale, che sono e restano, secondo me, protagonisti fondamentali della sanità del territorio, e penso che ci siano le condizioni per lavorare nei prossimi mesi e arrivare a un obiettivo che è quello giusto.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, la premessa è che se la parola d'ordine è prossimità, non possiamo non partire da loro. I medici di medicina generale sono per noi il punto fondamentale della sanità del territorio. Noi abbiamo, se ci pensate, diversi livelli di prossimità: quello più significativo sono i medici di medicina generale. Poi ci sono le farmacie, che sono 19.000. I medici di medicina generale sono più di 40.000 e poi ci sono i pediatri di libera scelta. La sanità di prossimità non può non avere nel medico di medicina generale una funzione essenziale. Il problema di oggi è che sovente si determina una sconnessione o una non perfetta connessione tra il medico di medicina generale e la sua funzione vitale, fondamentale, sul territorio e il resto del Servizio sanitario nazionale. Questo è il nodo che noi dobbiamo risolvere ed è un nodo di cui chi si occupa di sanità parla da decenni, ma non è mai stato risolto. Penso che in una condivisione con i principali soggetti rappresentanti dei medici di medicina generale e le Regioni si possa arrivare a una riforma, secondo la mia opinione attraverso un nuovo ACN (un accordo collettivo nazionale), che ci metta nelle condizioni di salvare e valorizzare il buono dell'attuale funzione del medico di medicina generale, cioè la sua forza, la sua capillarità, il rapporto di fiducia con i pazienti, e al tempo stesso ci permetta di superare quella sconnessione che è un punto di debolezza sistemico e che finisce per lasciare alcune volte solo anche il medico di medicina generale.

Questa è la traccia su cui stiamo lavorando e mi auguro che possa presto diventare un'iniziativa più formale, più significativa; questo è l'obiettivo essenziale che abbiamo. Per me lo studio del medico di medicina generale, dappertutto ma soprattutto nelle aree periferiche, è un punto di forza che dobbiamo assolutamente salvaguardare. Nel disegno di riforma

lo studio del medico di medicina generale non è una monade sola, ma è uno *spoke* dell'*hub* casa di comunità. La casa di comunità, che è un luogo di presa in carico più largo, deve essere l'*hub* e lo studio del medico di medicina generale deve essere lo *spoke*, ed è chiaro che alcune ore di lavoro del medico di medicina generale devono svolgersi all'interno della casa di comunità. È un modello a cui stiamo lavorando che, secondo me, va nella direzione giusta e ci può far fare un grande passo in avanti.

Il senatore Zaffini ha posto tutta una serie di questioni: intanto il decreto ministeriale n. 71 lo abbiamo chiamato così, ma poi il nome che avrà dipenderà dal giorno in cui lo emaneremo e dal punto in cui saremo. So che sono circolate diverse bozze. Noi ci abbiamo lavorato molto con le Regioni perché poi la sanità sul territorio la organizzano, secondo la nostra Costituzione, le Regioni. Abbiamo iniziato questo lavoro con le Regioni a luglio, ma abbiamo trasferito ora un testo ufficiale alle Regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni. Chiaramente le Regioni dovranno valutarlo e ragionarci. Ci abbiamo lavorato lungamente insieme, anche di concerto con il MEF e con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, perché la casa di comunità la individuiamo non solo come luogo di assistenza sanitaria, ma anche come luogo di prima presa in carico socio-sanitaria. Vorrei che fosse chiaro a tutti che il cambio di denominazione, da casa della salute a casa di comunità, non è un cambio formale. La casa della salute si occupava della presa in carico sanitaria punto e basta; la casa di comunità è un grande passo avanti, perché vuole occuparsi anche della presa in carico sociale. Questo è un aspetto fondamentale perché abbiamo imparato sempre di più, col passare del tempo, che i problemi sanitari e i problemi sociali sono profondamente connessi, quindi un punto unico di accesso (PUA) serve esattamente a questo obiettivo.

Il testo del decreto è ufficiale. Qualche prima interlocuzione c'è già stata: questa non è la prima audizione che faccio. Le questioni di fondo le avevamo già presentate in altre occasioni. Da parte mia ci sarà sempre la massima disponibilità.

Per quanto riguarda le altre domande poste dal senatore Zaffini, credo di aver già risposto sul tema del personale, sui tetti, sui medici di medicina generale e anche sulle 3.100 attrezzature di complessità. Per quanto riguarda il recupero delle liste d'attesa, penso che questo sia un tema fondamentale. Dobbiamo provare a mettere ogni energia sul recupero delle liste di attesa che si sono complicate ad ogni nuovo picco. Come sapete, infatti, i picchi delle ospedalizzazioni per Covid hanno messo in difficoltà il nostro Servizio sanitario nazionale. Come sapete, dopo la prima ondata, in estate, abbiamo stanziato, con il cosiddetto decreto agosto, mezzo miliardo che è stato utilizzato gradualmente dalle Regioni. Su mia proposta, con la legge di bilancio appena approvata è stato stanziato un altro mezzo miliardo. Le Regioni erano chiamate entro il 28 febbraio a presentare dei piani – quindi avrò nelle prossime ore un ritorno puntuale dei progetti delle Regioni – e ora dobbiamo investire e recuperare il più possibile risorse.

Segnalo, mi piace dirlo, che nel PON salute di 625 milioni, che il nostro Paese presenta per la prima volta, una delle quattro misure che abbiamo messo in campo è proprio legata al recupero degli *screening* oncologici. Come sapete, le aree a sanità un po' più deboli sono in ritardo sugli *screening* oncologici, quindi una delle quattro scelte essenziali per le quali saranno utilizzati questi 625 milioni sarà proprio il recupero di tali *screening*.

Penso che bisognerà ancora lavorarci. Abbiamo stanziato 1 miliardo, che non è poco, ma la mia personale opinione è che bisognerà ancora investire su un lavoro che dovremo fare in sinergia tra Governo e Parlamento, perché dovremo ancora significativamente intervenire sulla ferita e sui ritardi che si sono accumulati a causa del Covid in termini di interventi chirurgici e *screening* non fatti e visite non fatte.

Per quanto riguarda il vaccino dell'Istituto superiore di sanità, sono tra coloro che sostengono questo progetto in maniera convinta. Quando il presidente Brusaferrò me ne ha parlato, abbiamo dato massima disponibilità a sostenerlo. Come sapete, è un vaccino molto interessante che è ancora in una fase preliminare, quindi abbiamo bisogno di un investimento forte, ma anche di cautela, per svolgere tutti i passaggi con la dovuta attenzione. La vera innovazione è che questo vaccino lavora non sulla proteina *Spike* come tutti gli altri, ma sulla proteina N. Tale proteina N, non avendo fatto mutazioni, ci mette nelle condizioni di fare sostanzialmente un'operazione che funziona su tutte le varianti che sono finora emerse. È quindi un elemento interessante in termini di sviluppo e di potenzialità, su cui credo sia giusto che le istituzioni investano fino in fondo. Tutto ciò è stato oggetto di un colloquio tra me e il presidente Brusaferrò proprio negli ultimi giorni. Faremo tutto il possibile, ma è chiaro che avere il sostegno del Parlamento – credo unanime, vista la natura della materia – non può che aiutarci anche a rafforzare e ad accelerare.

Per quanto riguarda le Commissioni, è materia puramente parlamentare e quindi mi rimetterò in ogni caso alle valutazioni del nostro Parlamento.

La senatrice Boldrini ha toccato diversi punti. Per quanto riguarda il personale, ho già parlato del miliardo fuori dal tetto. Condivido molto la riflessione sul ruolo del distretto. Da parte mia, come avete già sentito nella relazione, ci sarà anche un impegno di formazione per i *manager* del distretto. Un distretto che ha infatti un ruolo più forte richiede anche personale che abbia maggiore capacità e qualità.

Condivido anche la necessità di aiutare e sostenere i territori più deboli. La mia personale opinione è che il Contratto interistituzionale di sviluppo (CIS) ci consente di avere una relazione e un monitoraggio *one to one* con ogni singola Regione, perché non sarà un documento *omnibus* – lo ribadisco – ma ci sarà la firma di un contratto con ogni singolo territorio. Questo ci consente di avere un punto di contatto diretto e un monitoraggio realtà per realtà.

Condivido anche la necessità di investire sull'*équipe* multiprofessionale, l'idea di lavorare il più possibile sulla formazione e le riflessioni

sui contratti, che spesso mi vedono interloquire con altri livelli di Governo e altri Ministri.

Sulla specializzazione e sui medici di medicina generale la senatrice Boldrini riportava un ragionamento, cui credo di aver risposto. La questione dell'imbuto sostanzialmente è stata affrontata e con le 12.000 borse a regime ci siamo. Sui medici di medicina generale abbiamo dato mandato al Comitato tecnico-scientifico (CSS) di lavorare esattamente nella direzione che lei indicava.

Condivido anche la riflessione sui dati: penso che i dati siano un patrimonio del nostro Servizio sanitario nazionale. Riceviamo ogni giorno e in ogni angolo del Paese una straordinaria quantità di dati e sono d'accordo con la senatrice Boldrini: dobbiamo prenderli tutti; i dati del Servizio sanitario nazionale devono essere tutti a disposizione del sistema, poiché sono il vero nodo che ci può consentire di costruire un modello predittivo. Perché servono i dati? Perché i dati aiutano a capire dove sta andando il Paese, dove sta andando sul piano epidemiologico.

Ho già parlato dei poteri sostitutivi. È un'ipotesi di ultima *ratio*, che ci auguriamo di non dover esercitare, ma è prevista e quindi qualora dei territori non dovessero essere in condizione di rispettare i cronoprogrammi e le scadenze, noi abbiamo una norma prevista in generale per il PNRR, quindi non solo per il comparto salute, che portiamo nei CIS.

Condivido anche l'idea di un investimento più forte sulla salute mentale, perché lo ritengo un tema fondamentale su cui lavorare e fare una riflessione *ad hoc*. Tra l'altro, mi piace ricordare che ho candidato l'Italia ad ospitare la Conferenza mondiale sulla salute mentale nel prossimo ottobre, perché penso sia un tema su cui bisognerà necessariamente investire. Dietro le parole «salute mentale» ci sono degli interventi su cui bisognerà sicuramente ragionare.

La senatrice Modena mi aveva posto una domanda sulla necessità di comprendere meglio il meccanismo puntuale. Abbiamo iniziato a ragionare con le Regioni già a luglio e il tavolo di lavoro è molto efficace e positivo. Come ho avuto già modo di dire, ho la sensazione che ci sia una piena consapevolezza della posta in gioco e quindi esprimo un giudizio positivo sulla relazione che stiamo svolgendo con le Regioni. Tutte le Regioni devono caricare i 6.000 progetti, ciascuna per quello che riguarda il proprio territorio. Ciò significa che ciascuna Regione deve comunicare l'ammmodernamento tecnologico che fa, cosa compra esattamente, dove mette la casa di comunità, dove mette l'ospedale di comunità, dove mette la centrale operativa territoriale; le Regioni stanno caricando tutte queste informazioni.

L'operazione è in chiusura proprio in queste ore. I CIS sono costruiti sulla base di questo. L'obiettivo che mi sono dato è quello di concludere entro il 30 maggio. Il mio decreto pone come data il 30 maggio, la *milestone* è il 30 giugno. Abbiamo trenta giorni di cuscinetto perché ci può essere la necessità di un approfondimento. Parte ora la fase vera nel corso della quale lavoreremo con le Regioni per arrivare alla firma ufficiale, istituzionale e solenne di questo contratto tra Stato e Regione per l'attua-

zione. I tempi ci sono, sono serrati, ma la mia opinione è che possiamo lavorare per portarli fino in fondo. Come ho già detto, il mio è un lavoro di interlocuzione costante con gli assessori regionali; ove mi rendo conto che c'è qualche difficoltà, c'è anche la necessità di un rapporto diretto con i presidenti, che capiscono benissimo che il tema è enorme.

La senatrice Modena mi ha poi rivolto un'altra domanda sulle infezioni ospedaliere. Abbiamo deciso di investire 80 milioni di euro perché abbiamo numeri e dati che ci segnalano che questo è un problema significativo che riguarda la sanità del futuro e anche il nostro Paese. Come è noto alla senatrice, ma credo anche a tutti voi, è un tema che si intreccia molto con la grande questione dell'antimicrobico-resistenza, tema connesso ad esso. Si tratta di risorse fuori dalla *component 1* e quindi non sono su quelle già distribuite, ma sulla *component 2* e sull'area della formazione.

Sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), abbiamo approvato in Consiglio dei ministri nel mese di febbraio il disegno di legge delega. La delega arriverà in Parlamento e avrete modo come parlamentari di lavorarci, di rendere definitiva la delega al Governo e a quel punto emanerò, come Governo, i decreti legislativi, come prevedono le norme vigenti.

La partita degli IRCCS deve chiudersi entro il 30 dicembre. La *milestone* in questo caso non è il 30 giugno, ma è il 30 dicembre; la data è un po' più lunga proprio perché c'è bisogno di un passaggio parlamentare Camera e Senato che avrà bisogno chiaramente di un'istruttoria. Gli IRCCS sono una potenzialità enorme del nostro Paese. Non c'è forse il tempo di entrare nel merito della delega che potete vedere, però l'idea è quella di rafforzare il sistema di reti – come sapete c'è, ad esempio, la rete di alleanza contro il cancro, che è molto forte – e rendere i nostri IRCCS sempre più capaci di competere con bandi di levatura internazionale. Oggi i finanziamenti sull'alta ricerca sono di livello alto e dobbiamo provare anche a fare sistema e sinergia, semplificando tutta una serie di procedure per agevolare la ricaduta della ricerca scientifica sull'attività reale di assistenza. Lavoriamo fortemente anche su questo punto.

Il senatore Candiani ha posto vari punti. Sulla prima domanda relativa alle risorse ho una risposta molto semplice. Gli 8 miliardi dell'assistenza territoriale sono stati già assegnati con criteri molto semplici: abbiamo rispettato il criterio del Mezzogiorno, un *input* nazionale che ci viene dato dai nostri programmi, con una quota superiore al 40 per cento per il Mezzogiorno, mentre il resto vede una quota ponderata sulla popolazione. Abbiamo utilizzato questo criterio, ma la Conferenza Stato-Regioni ha già dato l'intesa e quindi le risorse sono già state definitivamente distribuite.

Ho già parlato dei controlli. Il senatore ha poi richiamato la necessità di rispettare le scadenze ed io sono fiducioso che questo possa sicuramente essere fatto: l'ambito che conosco bene e che seguo puntualmente è quello della salute. Sugli *screening* e la prevenzione, come ho già detto,

lavoriamo per recuperare le liste d'attesa e rafforzare, soprattutto nei territori più deboli, gli *screening* oncologici.

La senatrice Iori ha toccato solo due temi, utilizzando un impianto di riflessione che mi convince molto, persino di natura filosofica per certi aspetti, se mi permette questo tema. Penso che dobbiamo portare l'innovazione anche nell'ambito della formazione. Se è un'operazione di cambio di paradigma – utilizzo Kuhn, per mettermi al livello delle riflessioni fatte dalla senatrice Iori – si deve anche immaginare un'innovazione della formazione. Sono pienamente d'accordo.

Per quanto riguarda il tema della formazione alla relazione, è un approccio che mi convince molto e credo che dobbiamo provare a fare uno sforzo. Questo non rientra solamente nell'ambito della salute, ma avrà bisogno di un lavoro sinergico anche con altri livelli di Governo che consentano di approcciare un modello di formazione che sia adeguato a questo tempo nuovo, sia nella parte d'ingresso che nella parte di formazione durante il servizio. Si parla infatti molto della formazione che si fa per entrare nel Servizio sanitario nazionale, ma poco della formazione che si fa durante la fase in cui si è al servizio dei presidi ospedalieri o comunque dei nostri cittadini. Mi riferisco alla questione della formazione continua e cioè dell'aggiornamento che poi il personale sanitario deve fare e su cui dobbiamo necessariamente investire.

L'altro tema toccato è quello della cronicità. Il tema dell'esplosione delle cronicità nel nostro Paese in qualche modo porta alla genesi di questo impianto. È una delle due o tre questioni che fa nascere l'impianto portato sull'assistenza territoriale. Provo a dirla molto velocemente: in Italia si è rovesciata la piramide demografica. Il Servizio sanitario nazionale è nato nel dicembre 1978 con una piramide demografica fatta in un modo. Quarantatré anni dopo, la piramide demografica è totalmente rovesciata: si è allungata l'età di vita, è aumentato in maniera molto significativa il numero degli anziani e si è ridotto il numero di giovani. È chiaro che il tema di fondo è come ripensare il Servizio sanitario nazionale sulla base del cambiamento della piramide demografica. Penso che questo porti a un mutamento epidemiologico e puntare sull'assistenza territoriale significa esattamente provare ad assumere la questione delle cronicità lontano dall'ospedale. Qual è l'obiettivo di fondo dell'operazione degli 8 miliardi? Evitare che le cronicità finiscano in ospedale. L'ospedale deve essere sempre più il luogo delle emergenze e delle acuzie. Quando si va in ospedale per una cronicità, si è al fallimento del sistema, che così non può reggere. Non si può immaginare infatti di risolvere la cronicità in un tempo breve. La cronicità accompagna per tutto il corso della vita, è dovuta a patologie che si incrociano ad un certo punto della vita e accompagnano sostanzialmente per tutta la vita. Le cronicità vanno risolte sul territorio. L'assistenza domiciliare per me ha questo significato e quando la senatrice Iori ragiona sul tema del luogo, per me la casa è il primo luogo per dare una risposta a questo grande problema, che risponde anche alla questione tempo. Se infatti il tempo della vita si allunga, vorrei provare a garantire, con questa riforma del Servizio sanitario nazionale, un tempo della

vita più lungo dentro il luogo migliore possibile per una persona, che è la casa. L'idea di casa come primo luogo di cura è una risposta straordinaria, perché portare una persona fuori dalla propria casa significa comunque creare una frattura con la propria esistenza e con la propria dimensione. Condivido molto quindi il tema tempo, spazio, corpo.

La senatrice Castellone aveva posto cinque punti, a partire dall'idea che dobbiamo imparare da questa lezione. Ho detto mille volte e penso che Papa Francesco l'abbia detto meglio di tutti: «peggio di questa crisi, c'è solo il rischio di sprecarla». Noi non dobbiamo sprecarla.

Primo punto: medici di medicina generale, integrazione con il distretto e formazione. Penso di aver risposto. Per me i medici di medicina generale sono la colonna fondamentale; l'obiettivo è far cadere la sconnessione tra il loro lavoro, il loro studio, il loro impegno fondamentale e il resto del lavoro del distretto e del Servizio sanitario nazionale. La mia opinione personale è che con un nuovo Accordo collettivo nazionale (ACN) questo si può fare; ci stiamo lavorando e mi auguro possa portare in tempi decenti un risultato importante.

Secondo punto: telemedicina. Anche qui facciamo un investimento di un miliardo e quindi oggettivamente senza precedenti. Vorrei ricordare, per dare il senso dei numeri, che mediamente negli anni precedenti si metteva un miliardo in più all'anno. Nell'anno prima che io diventassi Ministro c'erano 113 miliardi e si andò a 114 miliardi; un miliardo è quello che si metteva in più all'anno su tutto il Servizio sanitario nazionale, ogni servizio, ogni aspetto. Qui stiamo dicendo che prendiamo un miliardo e lo mettiamo solo sulla telemedicina; è la clamorosa occasione di fare un grande passo in avanti nella modalità che ho spiegato nella relazione.

Condivido molto quello che dice la senatrice Castellone sull'obiettivo di formare i cittadini e il personale sanitario: bisognerà accompagnarli. È chiaro che è più facile fare sul personale sanitario un percorso di formazione e di accompagnamento più veloce. Un po' alla volta dovremo anche accompagnare i cittadini ad immaginare che la telemedicina è uno strumento. Anche qui, fatemelo dire con chiarezza, se la parola d'ordine è prossimità, non dobbiamo immaginare un conflitto tra un medico e un infermiere che vengono a casa e un Servizio sanitario nazionale che parla con il cittadino attraverso un dispositivo mobile. Per me sono due parti della prossimità: prossimità è assistenza domiciliare, è telemedicina, teleassistenza, televisita. Sono due parti della parola prossimità: una giocata sul ruolo più classico del medico, dell'infermiere, del personale sanitario che viene a casa; l'altra che deve essere integrata. Non sono sostitutive, ma vanno integrate e per questo c'è bisogno di fare un lavoro di formazione, come diceva prima la senatrice.

Il terzo punto riguarda il «118». È chiaro che, quando si decide di fare un investimento straordinario prevalentemente sul territorio, il «118» è un pezzo di emergenza-urgenza, trovandosi quindi più sull'ambito ospedaliero. Condivido molto però la sua preoccupazione; tra l'altro la senatrice Castellone si è sempre impegnata sul tema dell'emergenza-urgenza e del «118» cercando di capire come si possa lavorare nello spazio che

resta di questa legislatura, anche a partire dalle iniziative legislative che sono state messe in campo, per un riordino e una valorizzazione che questo mondo merita per la funzione straordinaria e rilevante che gioca.

Il quarto punto riguarda la formazione dei medici, fabbisogni degli specialisti, borse, medici di medicina generale; credo di aver già risposto e quindi non mi soffermo ulteriormente su questi temi. La stessa cosa vale per gli interventi arretrati di un miliardo. Se, come tutti auspichiamo, la percentuale straordinaria di vaccinati ci mette nelle condizioni di liberarci della pressione ospedaliera, come sta avvenendo in questi giorni e come mostrano i numeri delle ospedalizzazioni che ormai da diverse settimane sono in significativa decrescita, dobbiamo poi immediatamente lavorare con le risorse a disposizione per recuperare *screening*, interventi e visite non fatte.

Credo di aver risposto e aver toccato tutte le questioni di merito che mi avete posto. In conclusione, in maniera spassionata penso che siamo ad un tornante senza precedenti. È stata purtroppo in negativo senza precedenti la stagione di gestione di una pandemia, che ha avuto un livello di complessità che nessuno di noi qualche anno fa avrebbe mai potuto immaginare oggettivamente, ed è senza precedenti la possibilità che quella crisi ci offre. Concludo così: l'obiettivo di fondo che le istituzioni devono avere è trasformare la crisi in una grande opportunità. Le condizioni ci sono, sta a noi vincere insieme questa sfida.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Speranza per la disponibilità. Dichiaro conclusa la procedura informativa in titolo.

*I lavori terminano alle ore 22,35.*

