



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 76

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO PER LA SALUTE, PIERPAOLO SILERI, IN RELAZIONE ALL'AFFARE ASSEGNATO RELATIVO AL POTENZIAMENTO E ALLA RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE NELL'EPOCA *POST* COVID (N. 569)

227^a seduta: martedì 18 maggio 2021

Presidenza della presidente PARENTE

I N D I C E**Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Pierpaolo Sileri
in relazione all'affare assegnato relativo al potenziamento e alla riqualificazione
della medicina territoriale nell'epoca *post* Covid (n. 569)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 11, 12
RIZZOTTI (<i>FIBP-UDC</i>)	11
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute.</i>	3

Interviene, nell'ambito dell'affare assegnato, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, e per gli effetti dell'articolo 50, comma 2, del Regolamento, il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 14,20.

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Pierpaolo Sileri in relazione all'affare assegnato relativo al potenziamento e alla riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca *post* Covid (n. 569)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del sottosegretario di Stato per la salute Pierpaolo Sileri in relazione all'affare assegnato relativo al potenziamento e alla riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca *post* Covid (n. 569).

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33 comma 4 del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web*, YouTube e satellitare del Senato della Repubblica e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso.

Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

La pubblicità della seduta odierna verrà inoltre assicurata attraverso la resocontazione stenografica.

Cedo ora la parola al sottosegretario Sileri, che ringrazio per la sua disponibilità.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Onorevoli colleghe senatrici, colleghi senatori, è davvero con piacere che intervengo in questa Commissione per illustrare lo *status* attuale e gli sviluppi futuri relativi all'ambito della medicina territoriale, che conosco perfettamente, perché di questa Commissione fui Presidente all'inizio della presente legislatura. Quindi, conoscendo ognuno di voi e avendo parlato più volte con ognuno di voi, singolarmente o in gruppo, so quanto questo argomento vi sia a cuore.

Come noto, con decreto ministeriale del 5 marzo 2021, è stata istituita la cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021. In particolare, il coordinamento della commissione salute ha individuato i gruppi tecnici nelle materie dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza territoriale e della riforma delle RSA.

I lavori del gruppo di riforma all'assistenza territoriale, coordinato dal Direttore generale dell'Agenas, sono stati avviati il 13 aprile scorso, concordando incontri periodici settimanali nella giornata del martedì.

Alla luce dei compiti individuati, il gruppo dovrà elaborare un documento generale di riforma per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, potenziando la qualità e la sostenibilità dell'assistenza sanitaria domiciliare, a livello di comunità, e della *long-term care* al fine di affrontare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti nelle diverse Regioni italiane, in linea con le raccomandazioni specifiche dell'Unione europea per il 2019 e il 2020 e con gli obiettivi strategici fissati a livello nazionale.

In particolare occorre: consolidare il ruolo del distretto sanitario locale nella pianificazione delle azioni, della prevenzione primaria e secondaria in ambito sanitario e sociale, con specifico riferimento alla popolazione vulnerabile; consolidare il ruolo della comunità, attraverso l'individuazione di una struttura, la cosiddetta casa della comunità, rendendole un punto di riferimento locale per i bisogni sanitari e sociosanitari della comunità di riferimento.

Occorre migliorare l'assistenza a domicilio, in particolare per i vulnerabili e i disabili; sviluppare tecniche di monitoraggio remoto e domotica e il coordinamento delle relative tecnologie e articolazioni territoriali operato da centrali operative. È necessario promuovere e finanziare lo sviluppo e l'aumento di scala di nuovi progetti e soluzioni di telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali, soluzioni che rappresentano un fattore chiave per l'attuazione e l'approccio potenziato di assistenza a distanza nella salute, con particolare attenzione ai pazienti cronici. Naturalmente tutti questi progetti dovranno attenersi alle linee guida del Sistema sanitario nazionale sulla telemedicina, che è già da un po' in fase di sviluppo da parte del Ministero della salute. La telemedicina, come ben sapete, ha avuto un ruolo importante durante la pandemia da Sars-CoV-2; quindi, nel dramma che abbiamo vissuto, notevole impulso è stato dato alla telemedicina in quasi tutte le Regioni, se non in tutte, sebbene in maniera diversa.

È necessario definire le funzioni degli ospedali di comunità allo scopo di ridurre il ricovero ospedaliero nelle strutture per acuti, da riservare quindi alle persone che necessitano di assistenza infermieristica e medica continua. Ciò si colloca nell'ambito del miglioramento generale della qualità del sistema di assistenza primaria al fine di personalizzare l'assistenza sanitaria, evitando, quando possibile, il disagio psicologico di un ricovero ospedaliero, soprattutto per le persone più fragili e più vulnerabili.

I citati lavori, in linea con i contenuti dell'ultima versione del documento tecnico del *recovery plan-part 2 (description of reforms and investments)*, sono volti pertanto a definire standard e requisiti minimi delle seguenti articolazioni e strutture territoriali: distretto; case della comunità; ospedali di comunità; centrali operative territoriali. Gli ultimi due sono in corso.

Passiamo quindi al distretto: il bacino di riferimento in termini di popolazione residente è stato individuato in 100.000 unità circa, anche in relazione alle caratteristiche orografiche del territorio, al fine di garantire

una risposta integrata e capillare ai bisogni di salute del cittadino e della comunità, oggetto di programmazione secondo l'approccio del *population health management*.

Particolare approfondimento è dedicato all'analisi del ruolo del direttore del distretto, quale garante del rispetto degli impegni assunti dalla Direzione generale in relazione all'organizzazione ed erogazione dell'offerta assistenziale nel contesto territoriale di riferimento.

È attualmente in corso la specifica definizione del profilo del direttore di distretto, quale responsabile della programmazione dei servizi socioassistenziali che insistono sul territorio di competenza, committente e attore del processo di verifica degli *outcome* raggiunti, nonché di valutazione di merito circa il ruolo del direttore di distretto, all'interno dell'organigramma aziendale e nel sistema di relazioni tra azienda sanitaria e unione dei Comuni.

Le case della comunità devono costituire dei luoghi visibili e facilmente raggiungibili, in risposta ai bisogni del cittadino e della comunità di riferimento, caratterizzate da multidisciplinarietà e multiprofessionalità; interconnessione tra sociale e sanitario, cittadini e volontariato; modelli operativi secondo il paradigma della medicina di iniziativa.

La proposta in corso è di valutare la definizione degli standard organizzativi con riferimento a un bacino distrettuale di 100.000 abitanti. Al riguardo, è in esame un modello di *hub and spoke* (in coerenza con i contenuti del decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70) per l'organizzazione complessa dell'assistenza primaria, anche al fine di rimanere allineati con i contenuti dell'ultima versione del *recovery plan*, che prevede una casa di comunità ogni 15.000-25.000 cittadini.

All'interno della struttura occorre garantire accoglienza e orientamento (un punto informativo); una parte amministrativa (CUP); una valutazione dei bisogni (assistenza sociale e sanitaria, sportello sociale); assistenza del medico di medicina generale, così come del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica (ambulatori che consentano anche una gestione combinata e integrata delle varie cronicità); assistenza specialistica ai percorsi di sostegno (punto servizi, distribuzione degli ausili protesici e dei farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (pensate a tutto ciò che è la vaccinazione e l'opera di *screening*); assistenza agli anziani, laddove può esserci un'assistenza sanitaria inadeguata da colmare.

Infine, devono essere garantiti consultori familiari; assistenza ai problemi della salute mentale e alle dipendenze patologiche, centri per disturbi cognitivi e demenze; assistenza specialistica di qualsivoglia natura; diagnostica strumentale, ecografica, radiologica ed eventualmente la possibilità di accedere a una chirurgia minore, ambulatoriale; recupero e rieducazione funzionale; assistenza domiciliare e rete cure palliative.

A tali fini sarà necessario garantire la presenza dei medici di medicina generale, come ho detto, e dei pediatri di libera scelta, oltre che all'interno degli ambulatori satellite delle case di comunità (*spoke*) anche all'interno della casa comunità (*hub*), promuovendo le forme di aggrega-

zione professionale: ecco, quindi, un insieme di infermieri, di specialisti ambulatoriali, di assistenti sociali.

Nelle strutture si programmerà l'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), in funzione del paradigma della presa in carico secondo il principio di prossimità, prevedendo uno *standard* di attività con moduli h24, sette giorni su sette, funzionali al raggiungimento degli standard minimi previsti dal *recovery plan*: il 10 per cento degli ultrasessantacinquenni assistiti presso il domicilio entro il 2026.

Nella cabina di regia è in corso il confronto sulla logistica più appropriata per il servizio di continuità assistenziale in relazione alla possibilità di inserimento, oltre che all'interno delle case di comunità (*hub*), anche all'interno delle case di comunità (*spoke*) con attenzione alla flessibilità del modello, anche in relazione alle caratteristiche orografiche del territorio e alle competenze riconosciute alle Regioni.

Tanto premesso per ciò che concerne i lavori in atto, permettetemi di continuare questa audizione con la descrizione degli interventi contemplati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che riguardano il complesso universo salute.

Il PNRR si inserisce nel quadro di rafforzamento del nostro Servizio sanitario nazionale, iniziato nel 2019, con la sottoscrizione del nuovo Patto per la salute che ha definitivamente chiuso la stagione, che ben conoscete, dei tagli e dei sottofinanziamenti in sanità, prevedendo importanti incrementi al Fondo sanitario nazionale. L'emergenza legata alla diffusione del Covid-19 ha determinato la necessità di destinare ulteriori risorse aggiuntive a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, nonché consentire al sistema sanitario nazionale di rispondere in modo adeguato alla pandemia.

Al Ministero della salute sono stati assegnati complessivamente 20,23 miliardi di euro, con risorse a valere sui fondi *Next generation* EU e sulla programmazione complementare. Si tratta di risorse importanti che, ove non adeguatamente accompagnate da un processo di riforma, rischiano di non produrre i risultati attesi. L'obiettivo è un'assistenza vicina ai bisogni delle persone, soprattutto le più vulnerabili, che valorizzi i punti di forza delle diverse comunità e possa migliorare la qualità della vita di tutti.

Si tratta di una riforma complessiva e multilivello del nostro Servizio sanitario nazionale, che si pone come atto preliminare di accompagnamento a tutti i progetti in ambito salute. Tutti gli interventi saranno accompagnati da innovazioni istituzionali coerenti all'interno di un progetto di riforma, volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta territoriale e ospedaliera, nonché l'attività di ricerca del nostro Servizio sanitario nazionale.

Mi soffermo sul PNRR, perché la prima azione di riforma è strettamente correlata al tema che trattiamo, in quanto finalizzata a definire standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria. È ovviamente importante prima di tutto individuare questi standard, perché è solo individuando lo *standard* che si può proce-

dere a tutto il resto, e questo deve essere fatto inequivocabilmente in accordo e in condivisione con le Regioni. Ciò significa ristrutturare una gamma di servizi che spaziano dall'assistenza primaria, ai consultori familiari, all'area della salute mentale, salvaguardando al contempo le peculiarità e le esigenze assistenziali che possono essere diverse a seconda dell'area del nostro Paese.

Lo scopo è garantire alle persone, dalla fase acuta alla fase di riabilitazione e di mantenimento, un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute. Non solo: aggiungerei che, oltre che continua e diversificata, deve essere anche molto condivisa durante tutto questo percorso di diagnosi, cura e mantenimento. Oggi questa impresa è facilitata dalle nuove tecnologie, in quanto la digitalizzazione del sistema consente di superare alcune criticità dovute a differenti modalità di collaborazione dei professionisti con il Servizio sanitario nazionale. Però, come dicevo poc'anzi, anche per raggiungere quella condivisione di informazioni che poi determina un miglioramento nella cura, occorre arrivare a una piena integrazione dei sistemi, delle informazioni e alla multidisciplinarietà tra le varie figure professionali impiegate nel fornire assistenza al paziente.

Per completezza di informazione, descrivo anche le ulteriori fasi del programma. La seconda azione di riforma consiste nell'istituzione di un Sistema nazionale prevenzione e salute – ambiente e clima integrato. Tale riforma deve essere incentrata sul noto approccio *one health*, che lega la salute, il benessere, l'ambiente e il clima. Tutto ciò è imprescindibile. L'emergenza Covid-19 ci ha insegnato che questa azione globale è una determinante ineludibile di tutte le politiche e le prassi che impattano sulla nostra quotidianità.

One health è una parola d'ordine da proporre con forza, anche per la sua efficacia simbolica nel legare il tema della salute a quello cruciale dell'ambiente che ci circonda, in tutte le sue declinazioni. Riconoscere una forte interconnessione tra salute delle persone, salute degli animali e degli ecosistemi consente di promuovere un approccio che deve essere multidisciplinare e che deve includere e connettere fattori socioculturali, ambientali, relazionali ed emotivi e che permetterà di coinvolgere sempre di più, in modo attivo e partecipato, le comunità nei processi decisionali.

Infine, la terza azione mira a riformare il rapporto tra salute e ricerca, rafforzando la *governance* degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche afferenti al Ministero della salute. Una riforma centrata sull'ecosistema innovazione della salute, inteso come sistema complesso, costituito dall'insieme dei singoli ospedali e all'assistenza sul territorio, ma anche di formazione, ricerca, innovazione tecnologica, rivoluzione digitale, perché tutto questo rappresenta senza ombra di dubbio una filiera. È una filiera di formazione, ricerca, cura ed è anche una filiera industriale.

L'obiettivo strategico più ampio cui tendere è uno sviluppo organico dell'ecosistema innovazione salute, con il coordinamento del Servizio sanitario nazionale e il sostegno di investimenti in ricerca innovazione. Si

tratta di un processo che ha una triplice finalità: consentire una effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie; definire un nuovo assetto istituzionale in grado di gestire la tematica salute-ambiente-clima in sinergia con lo sviluppo economico e sociale del Paese; sostenere l'attività di ricerca, rafforzando la capacità di risposta del nostro Servizio sanitario nazionale all'ordinario e all'emergenza, alla transizione epidemiologica ed essere in grado di programmare, valutare e investire secondo i reali fabbisogni sanitari della nostra popolazione. Noi siamo in grado oggi di conoscere quello che ci accadrà; il Covid è una parentesi che potrà anche ripetersi con un altro virus, ma quello che accadrà alla nostra popolazione tra dieci anni è abbastanza prevedibile in termini di malattie, di prevenzione e di investimenti.

In concreto, la missione salute è suddivisa in due componenti: una orientata verso lo sviluppo di un'assistenza sanitaria di prossimità e della telemedicina, che sia in concreto vicino alle persone, e l'altra verso la ricerca e la formazione. Le parole salute e assistenza, così come le parole formazione e ricerca, devono essere sposate tra loro: non può esserci un'innovazione senza la ricerca e non può esserci una buona assistenza sanitaria senza un'adeguata formazione. Questo passa anche attraverso l'ammodernamento delle dotazioni strutturali, tecnologiche e digitali, messe a disposizione delle nostre donne e dei nostri uomini che quotidianamente sul campo combattono le varie malattie e aiutano i nostri cittadini.

In particolare, con la prima componente «assistenza di prossimità e telemedicina» si intende razionalizzare e potenziare i servizi assistenziali territoriali consentendo una effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutte le persone, indipendentemente dalla Regione di residenza, anche attraverso sistemi innovativi. Viviamo in una democrazia e dobbiamo poter garantire uno standard ovunque sul nostro territorio nazionale. Si prevede, in tal modo, di superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, puntando ad un percorso integrato che parta dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle case di comunità, agli ospedali di comunità e quindi alla rete ospedaliera, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

Si darà impulso ulteriore all'assistenza domiciliare integrata, con l'obiettivo di raggiungere il 10 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni, e all'implementazione di strutture assistenziali di prossimità per la comunità, consentendo anche percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona con un approccio basato sulle differenze di genere, in tutte le fasi e gli ambienti della vita. Sarà garantita in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale l'attivazione di ospedali di comunità, intesi quali presidi sanitari a breve degenza. A ciò si collega anche l'implementazione di un modello di sanità pubblica ecologica basato su un sistema nazionale di prevenzione della salute e ambiente, come ho detto prima, basato su un approccio *one health*, che possa in tempi rapidi attenuare i rischi derivanti da determinanti ambientali e climatici proprio nel percorso di tutela della

salute delle persone, mitigando quanto più possibile e prima possibile l'impatto negativo dei fattori inquinanti.

La seconda componente «innovazione, formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria» è orientata verso lo sviluppo di una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti del sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche, mirando anche al rafforzamento della ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

La valorizzazione del personale sanitario sarà assicurata attraverso percorsi di formazione e aggiornamento fortemente orientati all'accrescimento delle competenze cliniche, tecniche, digitali e gestionali degli operatori sanitari, avendo riguardo anche alla tematica attuale delle infezioni ospedaliere.

Saranno messe in campo azioni mirate alla messa in sicurezza delle strutture ospedaliere e all'ammodernamento tecnologico, con particolare riferimento alle attrezzature di alta tecnologia, nonché all'accelerazione dell'adozione di soluzioni digitali avanzate in sanità.

Anche il sistema della ricerca biomedica sarà oggetto di un potenziamento che sarà impostato sul rafforzamento della capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia, sostenendo le occasioni di interrelazione tra ricerca e imprese, anche attraverso il trasferimento tecnologico. È quello che dicevo prima della filiera salute che passa attraverso la filiera industriale.

Per far fronte a tali sfide l'importo complessivamente stanziato per la missione salute, pari a 20,23 miliardi di euro, viene così finanziato: 15,63 miliardi a valere sul *recovery fund* (di cui 12,65 miliardi destinati a nuovi progetti e 2,98 destinati a progetti di investimento già avviati); 2,89 miliardi di Fondo complementare; 1,71 miliardi finanziati con *React-EU*.

Le predette risorse, come detto, sono state ripartite tra le due menzionate componenti, attribuendo 7,9 miliardi di euro alla componente «assistenza di prossimità e telemedicina» e 12,33 miliardi di euro alla componente «formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria». Per ciascuna componente i progetti sono stati strutturati in linee di intervento. I progetti afferenti alla componente assistenza di prossimità e telemedicina sono stati raggruppati secondo le finalità: progetti destinati al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e progetti destinati alle politiche di salute e ambiente.

Gli interventi proposti con la componente innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria sono stati organizzati per perseguire i seguenti obiettivi strategici: ammodernamento tecnologico e digitale delle strutture sanitarie e potenziamento della formazione, della ricerca e del trasferimento tecnologico. Nel documento che consegnerò agli atti della Commissione vi è una tabella che riepiloga ciò che ho appena detto, con la suddivisione che vi ho appena elencato.

Nell'ambito della prima componente sono previsti tre progetti destinati al potenziamento dell'assistenza territoriale. Il primo progetto «la casa come primo luogo di cura», con una dotazione finanziaria di 4 mi-

liardi, mira a rafforzare le cure domiciliari, soprattutto per quei concittadini malati cronici, acuti non ospedalizzati, immunodepressi, disabili, non autosufficienti e affetti da patologie rare. Tale assistenza diventa una priorità per evitare che alla malattia si aggiunga una separazione traumatica del paziente dal suo *habitat*, dal suo tessuto sociale. Implementare un'assistenza di prossimità significa mitigare la povertà sanitaria, migliorare la capacità di risposta e adattamento del sistema, e sostenere le fasce di popolazione più fragili.

A coordinare le varie forme di offerta sul territorio finalizzate alle risposte assistenziali non urgenti saranno le Centrali operative territoriali (COT), il cui lavoro di ascolto e di raccordo consentirà di ottimizzare la gestione dei servizi, dei *team* assistenziali e del sistema dei servizi sanitari e sociali.

Attraverso tale progetto si intende quindi promuovere e rafforzare l'assistenza domiciliare, incrementarne la diffusione e la qualità dell'offerta, attraverso lo sviluppo e l'implementazione locale di un modello di assistenza domiciliare integrata attraverso la realizzazione di 602 centrali operative territoriali, una per ogni distretto. Questo deve portare a rendere fruibili soluzioni e strumenti di telemedicina e *connected care*, fondamentali proprio per dare la protezione e la garanzia della nostra presenza, come Servizio sanitario nazionale, a domicilio con il monitoraggio, la diagnosi, la cura, l'assistenza e con l'aiuto, anche laddove non è più possibile una cura con intento guaritivo, ma è possibile una cura palliativa. Riassumendo, il Servizio sanitario nazionale deve essere al fianco del paziente a casa, che deve essere la prima area di cura laddove è possibile e le condizioni cliniche del paziente lo consentono: cura del paziente e di ciò che circonda il paziente, cioè le persone che gli sono più vicine.

Il secondo progetto si focalizza sulle case di comunità. La dotazione finanziaria proposta è di circa 2 miliardi, con l'obiettivo di strutturare un totale di 1.288 case della comunità. La rete delle case di comunità riorganizzerà esperienze e strutture al momento frammentariamente presenti sul territorio sotto diverse denominazioni, dai consultori alle case della salute. Dovrà avere una capillare diffusione sui territori e operare per percorsi assistenziali, nonché essere organizzata per livelli, per raggiungere con efficacia anche chi abita in zone rurali o più svantaggiate. È la struttura chiave per la riqualificazione dell'offerta dei nostri servizi territoriali secondo i principi di complessità e prossimità.

La casa della comunità sarà una struttura polivalente in grado di erogare in un medesimo spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, riunendo sotto lo stesso tetto diversi servizi e operatori, per favorire l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni e implementare l'approccio multidisciplinare intorno alla cura della persona. La casa della comunità è infatti il luogo dove valorizzare e integrare le diverse competenze professionali, anche alla luce e con l'ausilio delle nuove tecnologie.

Con il terzo progetto, cui sono destinate risorse per un ammontare complessivo di 1 miliardo di euro si creano le condizioni per rafforzare

l'assistenza a monte e, soprattutto, a valle del ricovero ospedaliero, attraverso la realizzazione di circa 381 ospedali di comunità. Gli ospedali di comunità sono strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e di ospedale, in sostanza un ponte tra questo e i servizi territoriali per tutte le persone che non hanno necessità di cure acute e dunque la necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma hanno bisogno di un'assistenza sanitaria che, purtroppo, per le condizioni cliniche, non potrebbero ricevere nel loro domicilio. Queste strutture a medio-basso tasso di intensità di cura, con un'assistenza prevalentemente infermieristica, esistono già sul territorio nazionale, ma sono poco diffuse e adottano diversi modelli organizzativi, non disponendo di uno standard comune quanto a personale e dotazioni che possano dare al paziente la certezza di una protezione, grazie a un livello di cura appropriato.

La componente «assistenza di prossimità» si completa con l'ulteriore progetto finalizzato allo sviluppo di un modello di sanità ecologica. L'intervento destina 0,9 miliardi alla tematica della salute, ambiente e clima. Le sfide emergenti per la salute umana e i progressi scientifici hanno evidenziato l'esigenza di affrontare temi sanitari attraverso un approccio più ampio, olistico, che guardi alla salute in termini globali. Per studiare con un approccio multidisciplinare l'associazione fra fattori di rischio ambientali, compreso il clima, ed effetti sanitari, deve essere costituita una rete in grado di raccogliere e sistematizzare dati appartenenti ad ambiti diversi tra loro, dalla salute, al clima, agli aspetti demografici.

Il progetto mira ad assicurare al Sistema nazionale di prevenzione e salute-ambiente e clima adeguate dotazioni di infrastrutture e risorse, a formare gli operatori del settore, a sviluppare progetti di ricerca, così come ad attivare campagne di comunicazione per i professionisti e per la popolazione generale, anche per far fronte alle lacune informative della comunità.

In conclusione, il Piano costituisce il primo passo di una nuova strategia di rilancio del nostro Servizio sanitario nazionale, che dovrà essere accompagnato da un costante e continuo investimento delle risorse necessarie anche per colmare il *gap*, purtroppo in alcuni casi esistente, con gli altri Paesi europei.

PRESIDENTE. La ringrazio, sottosegretario Sileri, per il suo intervento.

Colleghi, propongo di rinviare il seguito della procedura informativa per consentire a tutti i senatori di formulare quesiti al Sottosegretario.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, avrei una domanda molto rapida da rivolgere al Sottosegretario, che ritengo piuttosto importante. È sull'ordine dei lavori.

Vorrei chiedere al Sottosegretario se sia a conoscenza del fatto che molte Regioni italiane, visto il cambio dei parametri sull'indice Rt in relazione ai ricoveri ospedalieri, hanno trasferito da una settimana i pazienti, chiudendo i reparti Covid, in strutture private convenzionate, anche pa-

zienti in terapia subintensiva, per poter dimostrare che sono scesi i ricoveri nelle strutture ospedaliere. Vorrei sapere se il Governo sia a conoscenza di questo e che cosa intenda fare per monitorare questa situazione che è piuttosto allarmante.

PRESIDENTE. Senatrice Rizzotti, il suo intervento non era sull'ordine dei lavori. Come ho già detto, propongo di rinviare i quesiti al Sottosegretario alla prossima seduta.

Rinvio il seguito della procedura informativa ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,55.