



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 80

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)

(L'audizione del Sottosegretario è stata svolta anche nelle sedute del 18 e del 26 maggio 2021)

233^a seduta: mercoledì 9 giugno 2021

Presidenza della vice presidente BOLDRINI

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

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 17 e <i>passim</i>
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> . 10, 17	
* STABILE (<i>FIBP-UDC</i>)	17

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

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-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'udizione del sottosegretario di Stato per la salute, Pierpaolo Sileri, sull'affare assegnato relativo al potenziamento e alla riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (n. 569)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Pierpaolo Sileri, sull'Affare assegnato relativo al potenziamento e alla riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid, iniziata nella seduta del 18 maggio e proseguita nella seduta del 26 maggio.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, per la procedura informativa odierna sono state chieste l'attivazione dell'impianto audiovisivo, nonché la trasmissione sul canale satellitare e sulla web-TV e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità, già adottata nella precedente fase di audizione, è dunque confermata per il prosieguo dei lavori.

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

Ringrazio il sottosegretario Sileri per la disponibilità e gli cedo la parola.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, la ringrazio.

Nella precedente seduta ho appuntato le domande poste, che integravano quelle già inviate. Proseguo quindi con la lettura del documento che spero sia sufficientemente esaustivo nel rispondere alle vostre domande, anche se non credo che riuscirò a terminare prima dell'inizio della seduta di Assemblea. Immagino che si potrà organizzare un'altra occasione di incontro in quanto l'argomento è troppo importante per esaurirlo in breve tempo. Sarò ben lieto di tornare fino alla conclusione di tutte le domande.

La volta scorsa mi ero interrotto parlando dell'attivazione di ulteriori borse di studio per i medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Occorre considerare che al contingente di medici che usufruiscono della borsa di studio debbono sommarsi i medici che hanno il diritto di accedere al corso senza percepire la remunerazione, in virtù di quanto previsto dall'articolo 3 della legge n. 401 del 29 dicembre del 2000, che è pari a circa il 10 per cento del numero dei posti messi a

bando dalle Regioni, nonché dall'articolo 12, comma 3, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con legge 25 giugno 2019, n. 60 (il decreto Calabria).

Quest'ultima disposizione ha, infatti, previsto che, fino al 31 dicembre 2021, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, già idonei al concorso di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale e titolari di incarichi a tempo determinato nell'ambito delle funzioni convenzionali previsti dall'accordo collettivo nazionale per la medicina generale, possono accedere in soprannumero al corso di formazione specifico in medicina generale tramite graduatoria riservata senza borse di studio.

Ciò posto, per quanto riguarda il corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2020-2023, il cui concorso si è svolto il 21 aprile ultimo scorso, i posti complessivi messi effettivamente a bando dalle singole Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano risultano essere 1.332, cui si aggiungono 714 posti assegnati in virtù del decreto Calabria, sopra richiamato, per un totale di oltre 2.000 posti disponibili per l'accesso al primo anno di corso del triennio formativo 2020-2023.

Anche con riferimento alla pediatria di libera scelta, si prospetta uno scenario con importanti fuoriuscite di professionisti dal sistema. In tale prospettiva il numero dei contratti disponibili per l'accesso alla scuola di specializzazione in pediatria è stato molto aumentato.

Per l'anno 2020 sono stati finanziati con i soli fondi statali 725 contratti, con un incremento del 33 per cento (180 contratti rispetto all'anno precedente). A questi si aggiungono 65 contratti a finanziamento regionali e 10 contratti finanziati da altri enti pubblici e privati, per un totale di 800 contratti disponibili, a fronte dei 632 contratti che erano stati invece finanziati l'anno precedente, il 2019.

Sono state, inoltre, adottate specifiche misure per consentire ai giovani professionisti di essere inseriti il prima possibile nell'ambito della convenzione. In particolare, il decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135 (semplificazione), convertito con modificazioni con la legge 11 febbraio 2019 n. 12, all'articolo 9 ha introdotto disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale, prevedendo che, fino al 31 dicembre 2021, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale che siano iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale possano da subito partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Tale possibilità viene riconosciuta anche agli ammessi in soprannumero al corso di formazione specifica in medicina generale, ai sensi del citato articolo 12 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35.

Bisogna, inoltre, ricordare che il rapporto di lavoro dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi ad accordi collettivi nazionali sottoscritti dalle organizzazioni sindacali

di categoria e dalla Strutture interregionale sanitari convenzionati (Sisac), delegazione di parte pubblica.

L'accordo collettivo nazionale della medicina generale regola i rapporti, oltre che con i medici di assistenza primaria, cioè i medici di medicina generale in senso stretto, anche con i medici di continuità assistenziale, con i medici di emergenza territoriale e con i medici della medicina dei servizi. I predetti accordi sono stipulati sulla base degli atti di indirizzo adottati dal Comitato di settore Regioni-sanità, composto dalle Regioni e da un rappresentante del Governo designato dal Ministero della salute.

Una profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale era già prevista con il decreto-legge n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012 (decreto Balduzzi), che ha dettato specifiche disposizioni volte a prevedere che, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, fosse garantita l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana e che fossero adottate, ai fini dell'integrazione dell'offerta di prestazioni, forme organizzative mono professionali, con la condivisione in forma strutturale di obiettivi e percorsi assistenziali, nonché forme organizzative multi professionali, unità complesse di cure primarie, che erogassero prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione di specialisti e altri professionisti sanitari.

L'attuazione della riforma è stata sostanzialmente demandata dalla stipula degli accordi collettivi nazionali per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali.

Il processo di contrattazione avviato successivamente all'approvazione del decreto-legge n. 158 del 2012 sulla base degli specifici indirizzi del Comitato di settore Regioni-sanità è stato, però, lungo e complesso e purtroppo ad oggi non ha ancora trovato pieno compimento.

Una ricognizione di così vasta portata ha infatti portato alla stipula di successivi accordi con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali nell'ambito di un più completo e complesso potenziamento dei servizi territoriali, anche in ragione delle nuove disposizioni normative nel frattempo intervenute in materia.

In particolare, per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale interna, il 17 dicembre 2015 è stato stipulato l'accordo di settore per il 2016-2018 che, nell'attuare il decreto-legge n. 158 del 2012, ha evidenziato la necessità e l'importanza della specialistica ambulatoriale in una visione di lavoro di *équipe*, soprattutto in funzione della gestione delle cronicità.

Per quel che riguarda i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, per lo stesso periodo 2016-2018, in ordine al quesito posto dalla senatrice Castellone, riferito ad un nuovo assetto della medicina generale sul territorio, si ricorda che allo stato le trattative hanno richiesto tempi più lunghi e solo nel marzo 2018 è stato stipulato un primo accordo che affrontava solo alcune priorità, per le quali era necessaria una soluzione negoziale particolarmente tempestiva, dalla realizzazione degli obiettivi prioritari di carattere nazionale connessi al Piano nazionale delle

cronicità, al Piano nazionale della prevenzione vaccinale, all'accesso in proprio al Pronto soccorso, al governo delle liste di attesa, alla regolamentazione del diritto di sciopero nel rispetto della normativa dei servizi pubblici essenziali, nonché, non ultimo, la necessità di affrontare il ricambio generazionale.

Analogo accordo sulle medesime priorità è stato siglato nello stesso periodo con gli specialisti ambulatoriali interni. Ulteriori specifiche disposizioni convenzionali sono state, poi, adottate per disciplinare gli incarichi nell'ambito delle graduatorie della medicina generale dei medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale, in attuazione del citato articolo 9 del decreto-legge n. 135 del 2018 e del predetto articolo 12 del decreto-legge n. 35 del 2019.

Al riguardo occorre, altresì, ricordare che il citato decreto-legge n. 35 del 2019, convertito con la legge n. 60 del 2019, all'articolo 12 prevede la possibilità di incrementare il numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo.

Per effetto delle citate disposizioni, gli accordi potranno inoltre prevedere modalità e forme di incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie, affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico, nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati.

A partire dal marzo 2020, per cercare di dare un'adeguata risposta all'emergenza sanitaria che stiamo tutt'ora vivendo, sono stati adottati ulteriori specifici interventi, volti a rendere più efficace la risposta assistenziale della rete territoriale, anche attraverso dedicati finanziamenti.

Tra le misure più importanti a riguardo occorre segnalare l'istituzione, con l'articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 14 del 2020, convertito con legge n. 27 del 2020, delle USCA, le unità speciali di continuità assistenziale, per la gestione dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, attive sette giorni su sette, dalle ore 8 alle ore 20, di cui fanno parte medici titolari o supplenti di continuità assistenziale, medici che frequentano corsi di formazione specifica in medicina generale e, in via residuale, laureati in medicina e chirurgia, purché abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Al riguardo è stato previsto che le USCA, istituite una ogni 50.000 abitanti, operino in stretto contatto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Per le attività svolte dai suddetti medici nell'ambito delle USCA è stata prevista una remunerazione di 40 euro lordi ogni ora; per la copertura di tali oneri il decreto-legge sopra richiamato ha stanziato specifiche risorse che sono state poi ulteriormente integrate con il decreto-legge n. 34 del 2020.

Parallelamente è stata prevista, con l'articolo 2 del predetto decreto-legge n. 18 del 2020, la possibilità per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale di procedere a un incremento delle ore di assistenza

specialistica ambulatoriale convenzionata interna, stanziando a tal fine ulteriori apposite risorse, pari a 6 milioni di euro.

Successivamente, l'articolo 38 del decreto-legge n. 23 del 2020, convertito dalla legge n. 40 del 2020, con l'obiettivo di corrispondere al maggior impegno richiesto ai medici convenzionati per garantire la continuità assistenziale durante l'emergenza sanitaria, ha anticipato *ope legis* gli effetti economici relativi all'accordo collettivo nazionale del settore 2016-2018, non ancora corrisposti per il predetto ritardo nella conclusione, come dicevo prima, degli accordi convenzionali e in ogni caso già previsti dall'atto di indirizzo approvato dal Comitato di settore Regioni-sanità, che era stato già approvato il 9 luglio del 2019 e il 29 agosto del 2019.

Per effetto delle disposizioni in parola, pertanto, è stata riconosciuta ai predetti medici la differenza fra gli incrementi contrattuali già garantiti per effetto dell'accordo vigente e il totale incrementale previsto per il 2018 dall'atto di indirizzo citato; tutto quanto, però, ferma restando la cessazione degli effetti della norma se entro sei mesi dalla fine dell'emergenza non viene concluso l'accordo relativo alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta, per la parte normativa secondo le procedure ordinarie, rinegoziando gli istituti previsti in fase di emergenza.

In particolare, le predette misure sono state adottate anche per garantire la reperibilità a distanza dei medici di medicina generale (telefono, sms, sistemi di messaggistica, video contatto, video consulto) per tutta la giornata, anche con l'ausilio del personale di studio, in modo da contenere il contatto diretto e conseguentemente limitare i rischi di contagio dei medici e del personale stesso.

A tal fine è stato previsto che i medici si dotino, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi che collaborano a distanza nel caso in cui non siano dotati di dispositivi di protezione individuali idonei in via straordinaria, ove fosse richiesto dalle Regioni per la sorveglianza clinica dei pazienti messi in quarantena o messi in isolamento oppure in fase di guarigione e dimessi da strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda il quesito della senatrice Iori sulla formazione condivisa iniziale e in servizio per meglio conciliare le azioni nel curare in senso medico (*to cure*) con quelle del prendersi cura della persona (*to care*), si rammenta che l'obiettivo primario delle misure adottate con i decreti emergenziali è stato quello di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, favorendo l'integrazione della medicina generale con le altre strutture e gli altri professionisti del territorio, prevedendo in particolare un rafforzamento dei servizi infermieristici presenti sul territorio stesso, per garantire ai pazienti una presa in carico integrata, in particolar modo per i soggetti più fragili.

Con il decreto-legge 19 maggio del 2020, n. 34, convertito con modificazione della legge 17 luglio 2020, n. 77 (decreto rilancio), è stata prevista *in primis* l'adozione da parte delle Regioni di piani di potenziamento e riorganizzazione delle reti assistenziali contenenti specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di

sorveglianza attiva effettuata a cura di dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, per un monitoraggio costante, con un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della tempestiva identificazione, dell'isolamento e del trattamento.

Le Regioni hanno dovuto altresì organizzare la sorveglianza attiva e il monitoraggio nelle RSA e nelle altre strutture residenziali, avvalendosi anche di altri specialisti.

È stato previsto che le ASL, tramite il distretto, implementassero l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento, garantendo il supporto sanitario per il monitoraggio, l'assistenza, le attività di ristorazione e l'erogazione dei servizi essenziali.

Il comma 5 dell'articolo 1 del citato decreto-legge n. 34 del 2020 ha introdotto l'infermiere di famiglia e di comunità per potenziare la presa in carico sul territorio dei pazienti affetti da Covid-19, anche coadiuvando l'Unità speciale di continuità assistenziale e i servizi offerti per le cure primarie, nonché per i pazienti fragili.

È stato inoltre incrementato di 10 milioni di euro per l'anno 2020 il fondo per la retribuzione e l'indennità del personale infermieristico operante nell'ambito delle forme associative della medicina generale, previsto dall'accordo di settore, per la presa in carico precoce di pazienti affetti da Covid-19 e per garantire il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili. Tali risorse sono state poi ulteriormente incrementate con la legge di bilancio 2021 con riferimento sia alla medicina generale, sia ai pediatri di libera scelta.

È stata autorizzata per il 2020 l'ulteriore spesa di 61 milioni di euro per garantire una più ampia funzionalità delle USCA ed è stata prevista che possano farne parte anche i medici specialisti ambulatoriali e convenzionati interni. Inoltre, a supporto delle stesse possono essere conferiti incarichi di lavoro autonomo anche agli assistenti sociali, ai fini della valutazione multidimensionale e per l'integrazione dei servizi sociali e socio sanitari territoriali, nonché agli psicologi per la corretta gestione dell'implicazione psicologica dei bisogni legati alla pandemia.

Per garantire il coordinamento dell'attività sanitaria e sociosanitaria territoriale, così come implementata dai piani regionali, è stato previsto che le Regioni provvedessero all'attivazione di centrali operative regionali, con funzioni da svolgere in raccordo con tutti i servizi e con tutto il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi di telemedicina.

Con due specifici accordi collettivi nazionali, sottoscritti il 28 ottobre 2020, sulla base di un apposito atto di indirizzo del Comitato settore Regioni-sanità, fortemente voluto dal Ministero della salute, al fine di migliorare il processo di presa in cura dei pazienti, nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa e le conseguenze pressioni sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie, limitando altresì le occasioni di esposizione al rischio di contagio nel corso dell'emergenza epidemiologica in atto, è stato previsto poi il potenziamento dei servizi erogati dalla medicina ge-

nerale e dalla pediatria di libera scelta con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello. Questo, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, attraverso il rafforzamento dell'attività di prevenzione nonché il coinvolgimento dei medici stessi nelle attività di indagini epidemiologica, al fine di contribuire ad identificare focolai e isolare casi.

Per quest'ultima finalità, l'articolo 18 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito con modificazioni dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, ha previsto apposite risorse (30 milioni di euro) per l'anno 2020, integrate con ulteriori 70 milioni di euro per l'anno 2021.

Successivamente, con il decreto del 2 gennaio 2021 è stato adottato il Piano vaccinale, che rappresenta lo strumento con cui contrastare il diffondersi del contagio da Covid-19.

Posto che la figura del medico di medicina generale appare indispensabile per l'ampliamento della copertura vaccinale della popolazione e per la realizzazione di una strategia vaccinale efficace ed omogenea sul territorio nazionale, con il protocollo di intesa sottoscritto in data 21 febbraio ultimo scorso tra Governo, Regioni, Province autonome e organizzazioni sindacali di medicina generale, sono state definite la cornice nazionale e le modalità di coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale nella campagna vaccinale contro il Sars-CoV-2, da declinare successivamente a livello regionale.

In tale ambito giova ricordare che sono stati stipulati nove protocolli di intesa con le categorie professionali interessate (medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, convenzionati interni, odontoiatri, pediatri di libera scelta, medici in formazione specialistica, biologi, ostetriche, farmacisti, tecnici sanitari della radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione). Sono state adottate apposite disposizioni normative stanziando risorse finanziarie.

Per effetto delle predette misure possono concorrere alla campagna vaccinale poco più di 42.000 medici, quasi 18.000 medici di continuità assistenziale, 2.994 medici di medicina territoriale, 1.462 medici dei servizi territoriali, circa 40.000 medici in formazioni specialistiche, circa 63.000 odontoiatri, 7.000 pediatri di libera scelta, quasi 15.000 medici specialisti ambulatoriali, oltre 19.000 farmacie distribuite sul territorio nazionale, quasi 21.000 ostetriche, circa 52.000 biologi e più di 200.000 professionisti iscritti agli albi degli ordini tecnici sanitari della radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, di riabilitazione e prevenzione.

È chiaro che il coinvolgimento di tutti questi professionisti è stato poi disciplinato da ciascuna Regione, nell'ambito del proprio piano vaccinale.

Nel merito, occorre ricordare che tali professionisti sanitari si aggiungono al personale già in forza al Servizio sanitario nazionale, per i quali sono state stanziare specifiche risorse da destinare a prestazioni aggiuntive per l'attività vaccinale.

Ho fatto questo *excursus* sulla parte della lotta al Sars-CoV-2, perché è evidente che questo è un patrimonio che rimane sul territorio: sono fondi che sono stati erogati e che non scompaiono. Ovviamente scomparirà il

Sars-CoV-2 e mi auguro presto, ma tutto ciò che abbiamo fatto rimane sul territorio. Si tratta di un potenziamento che rimane in eredità dopo la tragedia che abbiamo vissuto. Ecco perché mi sono dilungato a elencare i finanziamenti, il personale e ciò che è stato fatto, perché tutto ciò rimarrà come eredità sul nostro territorio, contribuendo ovviamente al potenziamento del territorio.

Con riferimento alla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, sulla quale ci siamo soffermati poc'anzi, per quanto riguarda il quesito della senatrice Rizzotti sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), giova ricordare che nell'ambito della seconda componente sono previsti investimenti per innovare e ammodernare le strutture tecnologiche e digitali esistenti per completare la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, garantendo al contempo una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi, anche mediante il potenziamento della formazione del personale, fermo restando che il procedimento e l'aggiornamento dei LEA resta normato in maniera sistematica all'articolo 1, comma 554, della legge n. 208 del 2015 e che il nomenclatore tariffario è in fase di definizione.

PRESIDENTE. Sottosegretario, le chiedo un momento. Se i colleghi sono d'accordo, con la sua disponibilità, potremmo sospendere i lavori della Commissione e riprenderli eventualmente alla sospensione della seduta di Assemblea.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Presidente, per me non ci sono problemi.

PRESIDENTE. Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Intanto ringraziamo il Sottosegretario, perché davvero sta facendo un *excursus* importantissimo su tutti i provvedimenti succedutisi negli ultimi mesi.

Pertanto, stante l'imminente avvio dei lavori dell'Assemblea, sospendo la seduta fino alle ore 14,30.

(La seduta, sospesa alle ore 9,15, è ripresa alle ore 14,30).

Riprendiamo i nostri lavori. Cedo subito la parola al sottosegretario Sileri per completare la sua esposizione, cui seguiranno ulteriori repliche. Prego, Sottosegretario.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Faccio un piccolo passo indietro, considerata la presenza ora in Commissione della senatrice Rizzotti.

In riferimento alla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, per quanto riguarda il quesito della senatrice sull'aggiornamento dei LEA, sono previsti investimenti per rinnovare ed ammodernare tutte le strutture tecnologiche e digitali esistenti, per completare la diffusione

del fascicolo sanitario elettronico, garantendo al contempo una migliore capacità di erogazione e anche il monitoraggio dei LEA, attraverso sistemi informativi più efficaci, anche mediante il potenziamento della formazione del personale, fermo restando che il procedimento di aggiornamento resta normato in maniera sistematica, dall'articolo 1, comma 554, della legge n. 208 del 2015 e che il nomenclatore è in fase di definizione, ormai da diverso tempo. Per tale ragione, più di una volta io stesso ho sollecitato seguendo la questione, che è all'ordine del giorno come necessità.

In merito al quesito della senatrice Castellone sul ruolo del nuovo approccio degli specialisti di cure primarie, si ricorda che nella prima componente del PNRR l'investimento 1.1 prevede le case della comunità e la presa in carico della persona. In questa sede si ribadisce che il progetto di realizzazione della casa della comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità, diventando lo strumento attraverso cui garantire il coordinamento – ed ecco quindi la funzione della casa della comunità – di tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici.

La casa della comunità sarà una struttura in cui opererà un *team* multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. Ciò rafforzerà il ruolo dei servizi sociali e territoriali, nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Con riferimento ai quesiti posti dalla senatrice Cantù e dalla senatrice Fregolent, sulle analisi fatte nella scelta del modello della casa della comunità come modello di riferimento, sugli indicatori messi a confronto e gli esiti delle analisi dei costi di progetto, sugli *standard* di riferimento, sull'analisi dei costi rispetto agli obiettivi di salute, sebbene condivida e apprezzi, come professionista del settore, il dettaglio stesso dei quesiti che sono stati posti, non è possibile in questa sede addivenire a un tale grado di analiticità dell'esposizione.

Parallelamente, l'investimento 1.2 (casa come primo luogo di cure e telemedicina) mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, fino a prenderne in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione sopra i sessantacinque anni. Questo è in linea con la media delle migliori prassi presenti in Europa.

Si rileva che, per definire al meglio il ruolo dei medici di medicina generale e la loro formazione, in riferimento all'ulteriore quesito della senatrice Castellone, sempre garantendone la stretta connessione con il territorio, sarà necessario un intervento di sistema che veda coinvolti il Ministero della salute, il Ministero dell'università e della ricerca, Regioni, gli stessi rappresentanti dei medici di medicina generale, nonché il Ministero dell'economia e delle finanze per i profili di natura finanziaria e che pertanto non poteva essere disegnato all'interno del PNRR.

In riferimento al quesito posto dal senatore Pisani sulla proposta di istituire borse di studio e specializzazioni *post* laurea in medicina e sanità ambientale, si rileva che in tali ambiti occorre avviare un percorso che sia

condiviso con il Ministero dell'università e della ricerca e che esula dai confini e dal perimetro del PNRR.

Per quanto riguarda i quesiti delle senatrici Lunesu e Fregolent, sulla coerenza del disegno della medicina territoriale con la realtà rispettivamente delle loro Regioni (Sardegna e Veneto), nel ribadire il consolidamento del ruolo del distretto sanitario locale italiano alla promozione delle azioni della prevenzione primaria e secondaria in ambito sanitario e sociale, con specifico riferimento alla popolazione vulnerabile, si ricorda che i modelli descritti – e ci tengo a sottolinearlo – sono caratterizzati dalla flessibilità, anche in relazione alle caratteristiche specifiche della popolazione che viene assistita, nonché alle caratteristiche orografiche, nonché alle competenze riconosciute dalle Regioni. Spero che questo sia un chiarimento sufficientemente esaustivo.

Per quanto riguarda il quesito posto dalla senatrice Castellone, sull'aggiornamento del decreto ministeriale n. 70, faccio presente che nell'ambito del contesto delle riforme sanitarie che sta interessando il Paese, in conformità agli obiettivi attesi dal PNRR, si colloca l'aggiornamento del regolamento recante la definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

L'aggiornamento previsto per il Patto per la salute 2019-2021 è affidato a un gruppo di lavoro individuato nell'ambito della cabina di regia del Patto per la salute, istituita con decreto del Ministro il 26 febbraio 2021. Tale cabina di regia ha tra le sue funzioni quella di proporre l'istituzione di gruppi di lavoro tecnici su tematiche e adempimenti rilevanti afferenti al patto per la salute. I gruppi sono coordinati dalla direzione generale della programmazione e dall'Agenas.

Il 24 marzo 2021 sono stati costituiti tre sottogruppi. La revisione del decreto ministeriale n. 70 fa capo al gruppo assistenza ospedaliera, composto dai rappresentanti del Ministero della salute, di Agenas, del MEF, del Dipartimento affari regionali della Presidenza del Consiglio dei ministri e delle Regioni. I lavori del gruppo sono in corso e, una volta conclusi, le proposte di ammodernamento del decreto ministeriale n. 70 dovranno essere adottate attraverso l'intesa con le Regioni e recepite in proposta normativa da sottoporre all'attenzione del Parlamento.

In ordine alla seconda componente del PNRR, vi è un progetto che destina 2,05 miliardi di euro al potenziamento delle risorse umane e allo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, oltre che digitali e manageriali dei professionisti in sanità. Questo progetto prova ad affrontare tre sfide. La prima consiste nell'assicurare un'adeguata formazione del personale dedicato all'assistenza territoriale, garantendo in particolare ai medici di medicina generale competenze teoriche e pratiche omogenee idonee a far fronte, fra le altre cose, anche a episodi pandemici come quello che abbiamo vissuto. La seconda è quella di migliorare la resilienza del sistema sanitario italiano e garantire continuità nella prestazione dei servizi di assistenza gestibili anche nelle fasi emergenziali, anche attraverso adeguate competenze del *management*. Infine vi è l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare l'imbuto formativo,

vale a dire la differenza fra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione messi a disposizione dopo la laurea e così garantire una programmazione che possa far fronte al giusto *turnover* di medici specialisti da inserire nel nostro Sistema sanitario nazionale.

Un punto importante, che non dev'essere sottovalutato, è la gestione delle infezioni ospedaliere, di cui si parla da molto tempo e purtroppo conta un numero di casi, forse anche sottostimati, intorno ai 25.000-30.000 casi di decessi legati ad antibiotico-antimicrobico resistenza. È un numero elevatissimo di casi, per i quali è chiaro che serve una strategia che consenta la gestione. Aggiungo che per ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni, per finanziare 900 borse di studio aggiuntive per corsi di medicina generale triennale, per un totale di 2.700 borse.

Continuando a rispondere alle domande, la senatrice Cantù aveva posto un quesito in merito alle riflessioni sulle direttrici di correzione e adeguamento normativo, che debbono essere di garanzia per rilevare un'applicazione in distonia con gli obiettivi della missione strategica e il PNRR, quanto all'attività del distretto. Ho dato poc'anzi una risposta anche alla senatrice Fregolent, che mi aveva chiesto ulteriori dettagli sulla casa di comunità. Ribadisco che la casa della comunità è disegnata quale luogo ovviamente visibile e facilmente raggiungibile, che possa rispondere ai bisogni dei cittadini e della comunità di riferimento; all'interno di questo contenitore deve esserci una multidisciplinarietà e una multi professionalità, necessariamente una interconnessione fra il sociale e il sanitario; ovviamente, oltre al personale sanitario e agli utenti, essa deve accogliere anche le associazioni di volontariato. Soprattutto deve esserci un modello operativo che abbia come paradigma la medicina d'iniziativa, sempre nel rispetto delle esperienze, dell'organizzazione e delle competenze della Regione stessa.

In particolare, la valutazione della definizione degli *standard* organizzativi da parte della cabina di regia, di cui al Patto per la salute, è stata pensata con riferimento a un bacino distrettuale di 100.000 abitanti; per rendere operativa tale proposta è in corso di valutazione un modello *hub and spoke*, che al momento è in coerenza con il decreto ministeriale n. 70 del 2015, ma che ovviamente vedrà le modifiche che ci saranno con il nuovo modello, che supererà detto decreto. Il modello *hub and spoke* risulta – e questa è un'evidenza – come ottimale 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 della comunità ogni 15.000-25.000 abitanti.

Si ricorda che all'interno della struttura chiamata casa di comunità saranno garantite diverse funzioni. Si parla di accoglienza e orientamento con il punto informativo, della parte amministrativa con un centro unico di prenotazione (CUP), di valutazione di bisogni con assistenza sociale sanitaria, sportello sociale, assistenza da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, di infermieristica, di specialistica con tutti i percorsi di sostegno, fino ad arrivare alla distribuzione di ausili pro-

tesici e farmaci, alla prevenzione, ai centri vaccinali, allo *screening*, all'assistenza agli anziani, ai consultori familiari, all'assistenza per problemi di salute mentale e dipendenze patologiche, ai centri per disturbi cognitivi e demenza, all'assistenza specialistica, alla diagnostica strumentale, ecografica, radiologica e, quando possibile, anche a una piccola chirurgia, una chirurgia ambulatoriale, a un recupero funzionale di rieducazione, all'assistenza domiciliare e alla rete delle cure palliative.

Per quanto riguarda, in particolare, la rete delle cure palliative, così come quando si parlava di consultori, ci si riferisce all'organismo funzionale all'interno del distretto di controllo, gestione, raccolta dei dati e quant'altro. La presenza del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, oltre che all'interno degli ambulatori satellite e delle case di comunità *spoke*, sarà garantito anche all'interno della casa della comunità *hub*. Quindi lo stesso modello che dicevamo prima *hub and spoke* sarà riprodotto all'interno del distretto e questo farà sì che vengano promosse inevitabilmente – ed è qui lo stimolo – forme di aggregazione professionale in cui, accanto al medico, vi è l'infermiere, lo specialista ambulatoriale, gli assistenti sociali e quant'altro.

L'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata avverrà in funzione del paradigma della presa in carico, secondo il principio di prossimità, prevedendo *standard* di attività con moduli H14, sette giorni su sette, funzionali. Si ricorda che gli *standard* previsti dal *recovery plan* (dicevo prima che, per essere in linea con il livello elevato di *standard*, è del 10 per cento degli ultrasessantacinquenni assistiti presso il domicilio entro il 2026) rappresentano chiaramente il livello minimo, che dovrà essere via via implementato; è chiaro infatti che aumenterà anche il volume degli *over* sessantacinque che dovremo gestire nei prossimi anni e magari cambieranno anche le esigenze del nostro territorio o magari altri territori avranno esigenze diverse.

Inoltre 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 della 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 – continuo a sottolineare questo, visto che era un punto poco chiaro – alle competenze riconosciute delle Regioni. Un esempio fra tutti: i consultori in alcune Regioni, vedi ad esempio la Regione Veneto.

Spero di essere stato sufficientemente esaustivo, ma se ci sono altre domande sono ben lieto di raccogliere e tornare nuovamente. Spero di essere stato chiaro su questo punto.

Vi era poi un'altra domanda della senatrice Iori, che chiedeva dell'aspetto formativo, del versante umanistico, dal *to cure* al *to care*. In questa sede si rammenta solo che l'obiettivo primario delle misure adottate, con tutti i decreti emergenziali, è stato quello di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, favorendo l'integrazione della medicina generale con altre strutture e con tutti i professionisti del territorio. Chiaramente il rafforzamento dei servizi infermieristici e la multidisciplinarietà devono

tendere a una presa in carico integrata dei soggetti più fragili; ma ciò significa prendere in carico tutto ciò che c'è intorno a quel soggetto, compresa la famiglia e, laddove la famiglia non esista, perché magari il soggetto è singolo, provvedere, non solo dal punto di vista sanitario, ma anche sociale, alla presa in carico di quella persona. *Care and cure* sono quindi intimamente sposati: non c'è possibilità per la sanità futura di cedere il passo a una delle due azioni.

Vi era un'altra domanda della senatrice Castellone, analoga alla domanda del senatore Pisani, in merito al 118 e al servizio di emergenza e urgenza. Con riferimento a tale quesito, nel richiamare quanto già descritto nel precedente documento, si ribadisce che i punti dottrinali saranno sviluppati in linea con i contenuti dell'ultima versione del *recovery plan* nella Parte 2 (*Description of reforms and investments*), volti pertanto a definire gli *standard* dei requisiti minimi delle seguenti articolazioni. Abbiamo citato distretto, case di comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali. Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, è stato previsto che le Regioni provvedessero all'attivazione di centrali operative regionali con funzioni da svolgere in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza e urgenza, anche mediante strumenti informativi di telemedicina.

Per definire al meglio il ruolo dei medici di medicina generale e la loro formazione, sempre garantendone la stretta connessione con il territorio, sarà necessario un intervento di sistema, che veda coinvolti il Ministero della salute, il Ministero dell'università e ricerca, le Regioni e gli stessi rappresentanti dei medici di medicina generale, come ho detto prima.

La senatrice Castellone sottolineava l'importanza di coinvolgere il Parlamento in tutto questo percorso. Provenendo io da questa Commissione ed essendo *in primis* un senatore, è chiaro che tutto ciò mi sta davvero a cuore; sarà, quindi, mia cura e mia premura informare tempestivamente questa Commissione, così come la Commissione sanità dell'altro ramo del Parlamento, su tutte le iniziative in atto sul fronte della prevenzione e dei decreti attuativi menzionati. Anzi, mi rendo particolarmente disponibile a dare un *update* una volta al mese, una volta ogni due mesi, ogni sei settimane, con un'audizione simile a quella che stiamo facendo oggi per poter coinvolgervi, almeno informativamente, su ciò che viene fatto e raccogliere da voi informazioni, dubbi, perplessità e quant'altro da poter poi trasferire io stesso al Ministero.

Rispondo, poi, a un'altra domanda della senatrice Rizzotti in merito ad Aifa, che ha adottato un documento di analisi d'impatto sulla broncopatia cronico ostruttiva in correlazione con la medicina del territorio. È chiaro che questo è un argomento molto specifico e non è questa sicuramente la sede per poter analizzare la problematica, che è molto settoriale. Sarò ben lieto di rispondere a un'interrogazione nel merito in Commissione.

Vi era, poi, una domanda della senatrice Stabile in merito a una bozza di documento Agenas sulla riforma delle cure territoriali. Credo di aver già evaso questa risposta, quando ho parlato della revisione della rete ospedaliera con il decreto ministeriale che seguirà il n. 70 e del ruolo degli ospedali, di pari passo con il ruolo del territorio. Il ruolo degli ospedali sarà in ogni caso rafforzato, perché all'interno del PNRR ci sono specifiche voci per particolari investimenti di ammodernamento ospedaliero; è evidente quindi che la problematica della riduzione dei posti letto e della chiusura di alcuni ospedali verrà ridimensionata e io mi auguro davvero in senso positivo, con aggiunta di posti letto e di ospedali proprio grazie alla revisione del decreto ministeriale n. 70, che verrà fatta. Immagino di aver già risposto su questo, ma credo che sia vostro desiderio e mio e nostro dovere anche informarvi sui passi che si stanno facendo per la revisione di quel decreto. Se voi siete d'accordo, sarò ben lieto di aggiornarvi su ciò che si sta facendo affinché anche voi possiate essere particolarmente edotti e consigliare in base alle vostre necessità.

Per quanto riguarda la formazione dei medici in medicina generale e specialisti, credo di aver risposto in generale dando il numero dei posti e la previsione. Ritengo che in futuro – come ho detto all'inizio – si dovrà incrementare l'offerta formativa da parte delle università nelle varie Regioni. Attualmente l'offerta formativa è inferiore rispetto al fabbisogno delle Regioni. Quindi, da una parte – come ho già detto – dobbiamo tendere all'eliminazione dell'imbutto formativo e far sì che chi si laurea trovi lo spazio, almeno per medicina, ma allo stesso tempo dobbiamo lavorare affinché, ancor prima, a monte, vi sia la crescita di una popolazione studentesca nelle professioni sanitarie (medici, infermieri e quant'altro) in un numero adeguato da far fronte, in futuro, alle esigenze del territorio. Ripeto, al momento il fabbisogno è di gran lunga superiore per alcune branche, come l'infermieristica, rispetto all'offerta formativa che viene data dalle università.

Senza ombra di dubbio, l'omogeneizzazione dei contratti dei professionisti nelle case di comunità e la stabilizzazione rappresentano il passo successivo rispetto al perimetro che oggi viene disegnato con il PNRR, ma è evidente che in Conferenza Stato-Regioni, d'accordo con le Regioni, sarà necessario far sì che ci sia una omogeneità, non solo dei contratti dei professionisti nelle case di comunità, ma anche che dei contratti di tutti gli operatori sanitari.

Un punto importante è la stabilizzazione. Nonostante molto sia stato fatto sia con il Governo Conte I, sia con il Governo Conte II – e in questo caso mi rivolgo a tutti, sia alla vecchia maggioranza che alla nuova maggioranza – deve esser fatto un ulteriore passo e proseguire in questa direzione.

Per quanto riguarda la *governance* del distretto, si è chiesta l'analisi dei bisogni e la programmazione. Ho la documentazione in merito, ma naturalmente l'analisi è in corso e Agenas sta facendo, ha sempre fatto e continua a fare un lavoro eccezionale di monitoraggio, così come fa, nell'ambito del Ministero della salute, la Direzione generale della program-

mazione. Su questo sarò ben lieto di incontrarci di nuovo e mostrarvi i dati dell'analisi antecedente il Covid-19. Capite bene infatti che l'analisi sul 2020 e sul 2021 è falsata dalla pandemia che abbiamo avuto.

Da queste analisi sugli accessi, come da tutte le analisi che ha fatto Agenas e di cui parlava anche la senatrice Stabile, emergono i bisogni e quindi la programmazione. Magari su questo mi riservo – se siete d'accordo – di chiedere proprio ad Agenas, chiamandola anche direttamente in audizione, o al direttore generale della programmazione, i dati attraverso i quali comprendere ciò che è accaduto. Ripeto, non possiamo utilizzare i dati relativi a 2020 e 2021, perché non rappresentano la normalità ma l'eccezione, fortunatamente.

STABILE (*FIBP-UDC*). Sottosegretario, la ringrazio per l'impegno di tenerci aggiornati sui vari aspetti. Le ricordo una parte della mia domanda, che riguardava la bozza del documento di Agenas sulla missione 6 in merito alle cure territoriali. Pochi giorni dopo che questa bozza ci è stata inviata, il «Quotidiano Sanità» ha pubblicato un documento in inglese, che conteneva la parte tradotta di questa bozza e la parte che riguarda la missione 6 sugli ospedali, che invece nella nostra traduzione non avevamo.

Dato che il «Quotidiano Sanità» l'ha pubblicata indicando che le schede appartengono al PNRR, vorrei capire qual è l'ufficialità e quanto è definitivo questo documento. Cosa è esattamente ciò ha pubblicato il «Quotidiano Sanità», una bozza o qualcosa di già parzialmente o totalmente ufficiale e definitivo?

SILERI *sottosegretario di Stato per la salute*. Credo che quella sia una bozza quasi definitiva; a dire il vero, io non ho ricevuto quella definitiva. Credo che la soluzione migliore possa essere, ovviamente con la vostra disponibilità, individuare un rappresentante di Agenas o della Direzione generale della programmazione del Ministero che possa spiegare alla Commissione come sono arrivati a quel documento e illustrare i dati in maniera costruttiva.

PRESIDENTE. Come suggerito dal Sottosegretario, nell'ambito dell'esame dell'Affare assegnato che è ancora in corso, si potrebbe richiedere un approfondimento proprio sul tema evidenziato dalla senatrice Stabile, invitando la dirigenza di Agenas a riferire sull'individuazione dei modelli e sull'efficacia, che era il tema su cui avevo posto io una domanda.

Successivamente potremmo fare un approfondimento sulla revisione del decreto ministeriale n. 70, indipendentemente o parallelamente all'Affare assegnato, su cui potremmo chiedere una nuova audizione del Sottosegretario, per specificare meglio questo punto. Avremmo così tutti gli elementi sufficienti per poter poi concludere l'Affare assegnato.

SILERI *sottosegretario di Stato per la salute*. Mi permetto di suggerire anche il direttore della programmazione Urbani.

PRESIDENTE. Sì, definiremo i dettagli delle audizioni nell'ambito dell'Ufficio di Presidenza.

Ringraziando il Sottosegretario per tutte le risposte e per l'impegno, dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 15,05.

