



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 5

5^a COMMISSIONE PERMANENTE (Programmazione economica, bilancio)

AUDIZIONE DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO
PER LA SALUTE IN RELAZIONE ALL'ESAME DEL
DISEGNO DI LEGGE N. 2207

410^a seduta: giovedì 27 maggio 2021

Presidenza del presidente PESCO

I N D I C E**Audizione del Sottosegretario di Stato per la salute in relazione
all'esame del disegno di legge n. 2207**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 10
BAGNAI (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	6
FAGGI (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	9, 11
FERRERO (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	9, 10
GALLICCHIO (<i>M5S</i>)	10
RIVOLTA (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	11
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 7, 9 e <i>passim</i>
TESTOR (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	6

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-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 9.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Sottosegretario di Stato per la salute in relazione all'esame del disegno di legge n. 2207

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Sottosegretario di Stato per la salute in relazione all'esame del disegno di legge n. 2207.

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 sul canale satellitare del Senato e sulla *web-TV* 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 nostri lavori.

Avverto inoltre che la pubblicità della seduta odierna, con collegamento in videoconferenza, è assicurata anche attraverso il Resoconto stenografico.

I senatori potranno partecipare all'audizione anche da remoto, secondo le disposizioni della Giunta per il Regolamento.

Lascio la parola al sottosegretario Sileri per la sua relazione.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevoli colleghi senatori, è con piacere che intervengo in questa Commissione per illustrare le principali linee del disegno di legge di conversione del decreto-legge di adozione delle misure relative al fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

A seguito della presentazione del PNRR alla Commissione europea, ai sensi dell'articolo 18 del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, è emersa la necessità di definire il Piano nazionale per gli investimenti complementari (Fondo complementare) finalizzato a integrare con risorse nazionali gli interventi del PNRR per sostenere il rilancio dell'economia.

Il Fondo complementare, ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, sarà finanziato con risorse nazionali, per un ammontare complessivo pari a 30.622,46 milioni di euro per gli anni dal 2021 al 2026.

Per quanto concerne i programmi e gli interventi attinenti alla tematica della salute, sono previsti complessivamente 2.887,41 milioni di euro

per i suddetti anni, che costituiscono circa il 9,4 per cento dell'ammontare complessivo. Essi riguarderanno i seguenti progetti: salute, ambiente e clima, per un importo pari a 500 milioni di euro; verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile, per un importo di 1.450 milioni di euro; ecosistema innovativo della salute, per un importo di 437,40 milioni di euro; iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale, per un importo di 500 milioni di euro.

Il progetto n. 4, riconducibile all'ambito di applicazione della *component 2* della *mission 6* del PNRR, sarà realizzato attraverso l'impiego di risorse nazionali relative agli anni dal 2022 al 2026, da iscriverne nei pertinenti capitoli dello stato di previsione del Ministero dell'università e della ricerca.

Passo ora a una breve descrizione dei progetti d'investimento del Ministero della salute.

Con riferimento a salute, ambiente e clima, il PNRR recentemente inviato alla Commissione europea contempla, tra gli interventi di riforma, quello concernente la definizione di una nuova struttura istituzionale di prevenzione, salute, ambiente e clima secondo l'approccio *one health* che, in sinergia con lo sviluppo economico e sociale del Paese, sarà orientata alla promozione della salute umana con riguardo ai determinanti ambientali e climatici della salute, nonché ai loro cambiamenti.

Per dare piena attuazione alla predetta riforma è stato previsto nel fondo complementare l'intervento di investimento «Salute ambiente e clima» che consentirà l'implementazione di un nuovo assetto di prevenzione collettiva e sanità pubblica, in linea con l'approccio *one health*, nella più recente evoluzione *planetary health*. Si punta, in particolare, al superamento dei rischi storici ed emergenti connessi agli impatti dei cambiamenti ambientali e climatici sulla salute, attraverso una serie di investimenti sinergici per rafforzare il Sistema nazionale di prevenzione salute, ambiente e clima (SNPS) – Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente (SNPA) e quindi la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari presenti e futuri.

La capacità istituzionale del nuovo sistema SNPS-SNPA sarà orientata verso una valorizzazione delle risorse infrastrutturali e umane, attraverso lo sviluppo di attività formative e di ricerca, al fine di assicurare le indispensabili sinergie e funzioni del Servizio sanitario nazionale a supporto di uno sviluppo sano e sostenibile.

Gli investimenti convergono, in particolare, su due principali obiettivi complementari: rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata; sviluppo e implementazione di specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute, ambiente e clima nei siti contaminati selezionati, di interesse nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) del Paese avrà la possibilità di allinearsi alle più recenti indicazioni internazionali (tra cui l'Agenda ONU 2030 e il *portfolio* della sesta Conferenza interministeriale di Ostrava su

ambiente e salute dei Ministri della regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità), assicurando il potenziamento delle politiche settoriali di promozione della salute e i co-benefici per la salute dell'azione per il clima in settori diversi come l'energia, i trasporti, la pianificazione urbana e altri sistemi economico-produttivi di rilevanza.

Le funzioni del SNPS si indirizzano, infatti, alla protezione della salute della popolazione attraverso la prevenzione primaria, in base ai principi di equità con *focus* sulle comunità e persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità. Le attività del nuovo sistema integrato hanno come orizzonte il contrasto all'esposizione ai rischi ambientali e climatici per garantire azioni preventive efficienti, armonizzate e dinamiche.

L'investimento intende delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in aree sismiche. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici ai sensi dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 (Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente, ma soprattutto dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. Gli ospedali non svolgono solo una fondamentale funzione di soccorso della popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione dei primi interventi medici di emergenza avviati sul campo, ma sono anche fra i più esposti e sensibili nel caso di eventi sismici, in quanto ospitano un numero molto elevato di persone con capacità di reazioni eterogenee.

Il predetto intervento è complementare al progetto contenuto nella programmazione nazionale a valere sulle risorse del *recovery fund* con una dotazione finanziaria di circa 1.650 milioni di euro.

Con queste ulteriori risorse, la somma destinata dalla programmazione agli ospedali ammonta complessivamente a 3.100 milioni di euro (1.450 sul fondo complementare e 1.650 sul *recovery*). Con tali risorse si potranno realizzare oltre 650 interventi per l'adeguamento alle normative antisismiche, selezionate in base al fabbisogno complessivo che viene espresso dalle Regioni.

Passo ora al tema riguardante l'ecosistema innovativo della salute. L'obiettivo dell'intervento è incentrato sullo sviluppo di un ecosistema per l'innovazione nell'area «salute», così come individuata nel Programma nazionale della ricerca (PNR) e dalla Strategia nazionale di specializzazione intelligente (SNSI). Il progetto mira a creare un ecosistema sanitario innovativo attraverso la realizzazione di reti clinico-transnazionali di eccellenza in grado di mettere in comune le competenze esistenti in Italia e creare interventi pubblico-privati che lavorino in sinergia per innovare, sviluppare e creare occupazione altamente qualificata.

L'intervento si svilupperà attraverso diverse azioni, quali la creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico, lo sviluppo qualitativo e quantitativo dei *life science hub* anche per aree geografiche (Nord, Centro

e Sud Italia) e la creazione di un *hub* anti-pandemie attraverso la realizzazione di un'infrastruttura strategica di ricerca, sviluppo e produzione, specificatamente dedicata alla reazione e alla risposta a eventuali future pandemie.

Tali *hub* sono caratterizzati da una forte vocazione di raccordo tra capacità di ricerca *no profit* già presenti sul territorio (università, IRCCS e fondazioni) e attività produttive vincolate all'interesse nazionale per la tutela della salute; valorizzazione di linee di ricerca nazionali nel *life science* già d'eccellenza o comunque consolidate (ad esempio, *reverse vaccinology*, anticorpi monoclonali-MAb e *plant molecular farming* per la loro produzione) e avvio di nuove linee d'interesse strategico (a partire dalla ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini per un approntamento autonomo di prodotti innovativi per contrastare eventuali emergenze sanitarie); attenzione alla scalabilità dei processi di ricerca, sviluppo e produzione (che quindi interessino l'intera filiera); infrastruttura tecnologica avanzata per la realizzazione e lo sviluppo di attività a rete.

Il Ministero della salute ovviamente definirà priorità d'intervento su cui concentrare l'azione, in coerenza e collaborazione con i programmi di ecosistema della ricerca proposti dal Ministero dell'università e della ricerca (MUR) e i programmi di trasferimento tecnologico proposti dal Ministero dello sviluppo economico (MISE).

TESTOR (*L-SP-PSd'Az*). Ringrazio il Sottosegretario per la sua relazione e vorrei porgli alcune domande su un tema importante, molto sentito negli ultimi anni sul territorio, riguardante gli ospedali siti nelle zone più periferiche. Negli ultimi anni la politica ha scelto di accentrare i servizi sui territori, ma la pandemia ci ha fatto comprendere invece l'importanza di un servizio sanitario capillare sul territorio. Vorrei dunque sapere se si intende fare una scelta diversificata sui territori, puntando anche a rafforzare le strutture già esistenti, che possono erogare i servizi ai cittadini che vivono lontano dalle città capoluogo. Occorre considerare la morfologia dell'Italia, con zone montane e isole dove vivono cittadini che per raggiungere i servizi devono spostarsi con mezzi, in questo momento magari con molta difficoltà.

La pandemia ci ha fatto riflettere sui servizi che vengono erogati e credo sia importante dare una svolta alle scelte che sono state fatte in passato, così da dare risposte complete a tutti i territori, compresi quelli più periferici.

BAGNAI (*L-SP-PSd'Az*). Desidero anzitutto ringraziare il sottosegretario Sileri per la relazione.

Vorrei chiedergli quali e quante risorse sono disponibili per affrontare il tema specifico del potenziamento della rete dei medici di medicina generale e, in generale, il tema delle terapie domiciliari precoci contro il Covid-19. Si tratta di un tema che, secondo la forza politica che rappresento, è cruciale per ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere, che si è di-

mostrata essere la prima criticità (ancorché non inedita, in quanto la normale influenza la provocava ogni anno) causata dalla pandemia.

PRESIDENTE. Sottosegretario Sileri, vorrei sapere se, nell'ambito nel progetto «Salute, ambiente e clima» vi sia la possibilità di integrare quanto deve fare il Ministero della transizione ecologica per la tutela dell'ambiente. Mi riferisco a studi e approfondimenti sul legame tra inquinamento e salute, tema che sappiamo essere molto delicato e presente in molte zone d'Italia. Vorrei sapere se queste risorse possono essere utilizzate anche per capire dove è meglio intervenire dal punto di vista ambientale per sanare delle criticità che attualmente creano problemi di salute a molti cittadini.

Avremo sicuramente qualche difficoltà a emendare il provvedimento, in quanto le cifre sono prestabilite e sicuramente calcolate con molta cura e attenzione, pertanto sarà difficile aggiungere azioni da compiere rimanendo nello stesso *budget*, però mi domando se, laddove si parla di salute, ambiente e clima, sia un problema aggiungere la parola «biodiversità». Ricordo che la biodiversità concorre a rendere più salubri i nostri territori e, quindi, creando un ambiente dove la biodiversità è avvantaggiata nel proprio sviluppo potremmo ottenere dei benefici anche in termini di salute dei cittadini.

Laddove si parla di ecosistema innovativo della salute, sarebbe invece utile prevedere anche degli interventi nel campo del servizio veterinario, in quanto il benessere animale sembra un po' trascurato. Dal momento che i nostri servizi sanitari si occupano di veterinaria, sarebbe senz'altro positivo inserire tra le azioni previste anche qualcosa a sostegno del benessere animale.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. A cominciare dalle ultime domande poste, rispondo in senso affermativo: la veterinaria deve essere inclusa e, allo stesso modo, non vedo problemi nel valutare l'inserimento anche della biodiversità.

Per quanto riguarda progetti di interazione fra ambiente e inquinamento, ricordo che c'è una proposta, peraltro avanzata da una Commissione che avevo seguito quando, durante il Governo Conte II, avevo la delega per l'ambiente.

Con riferimento alle altre domande poste, fornisco un'unica risposta. So che il senatore Bagnai ha presentato un'interrogazione in merito alle cure domiciliari, cui spero di poter dare in Assemblea il prima possibile una risposta molto più esaustiva di quella che posso fornire adesso. Occorre superare le problematiche inerenti le cure domiciliari che negli ultimi mesi hanno visto tante polemiche, in parte corrette. Dobbiamo mettere la parola fine a tutto questo con una soluzione definitiva che veda il coinvolgimento dei medici sul territorio nel trattamento del Covid-19. Spero che la mia risposta potrà essere sufficientemente esaustiva da consentire di superare le polemiche e stare vicino ai miei colleghi che stanno affrontando la patologia sul territorio.

È vero che stiamo assistendo a un miglioramento dei numeri, ma dobbiamo essere sempre pronti in quanto dovremo convivere con questo virus ancora per diversi mesi. A mio avviso, nei prossimi mesi potremo togliere la mascherina e assisteremo a un notevole allentamento delle restrizioni grazie alla vaccinazione, tuttavia dobbiamo sempre essere pronti e, soprattutto, ciò che abbiamo fatto deve rimanere come bagaglio per affrontare una nuova eventuale pandemia, che ovviamente non può essere esclusa (anzi, è probabile che nei prossimi anni qualcos'altro avverrà).

Passo ora al tema riguardante le azioni per potenziare la sanità del territorio. La medicina territoriale, con il Patto per la salute 2019-2021 e all'interno del PNRR, vede un consolidamento del ruolo del distretto sanitario locale nella pianificazione delle azioni per la prevenzione primaria e secondaria in ambito sanitario e sociale, con particolare riferimento alla popolazione vulnerabile. Viene quindi consolidato il ruolo della comunità attraverso l'individuazione di strutture (casa della comunità *in primis*), rendendole un punto di riferimento locale per i bisogni sanitari e sociosanitari della comunità di riferimento.

Viene altresì promosso e finanziato lo sviluppo di nuovi progetti e soluzioni di telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali. Negli ultimi anni la telemedicina è sicuramente cresciuta, ma ha avuto reale incremento e applicazione dopo l'arrivo della pandemia. Dobbiamo quindi lasciare oggi questo bagaglio e ciò che abbiamo fatto per il futuro.

Vengono inoltre definite le funzioni degli ospedali di comunità allo scopo di ridurre i ricoveri ospedalieri nelle strutture per acuti da riservare alle persone che necessitano di assistenza infermieristica e medica continua: quindi distretto, case della comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali, cui si aggiunge l'assistenza domiciliare integrata (portiamo a casa dei nostri pazienti fragili il Servizio sanitario nazionale).

È stato detto che negli ultimi anni ci si è concentrati sugli ospedali, peraltro non distribuiti in maniera omogenea, vista anche l'esistenza di aree geografiche difficili dove magari vivono anziani e di comunità montane con ospedali non facilmente raggiungibili.

Sono in corso la revisione del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e la riorganizzazione della rete ospedaliera. Il Servizio sanitario nazionale, che ha superato i quarant'anni e necessita di un *restyling* con potenziamento del territorio, vedrà un *restyling* anche della rete ospedaliera con particolare attenzione proprio verso le aree geografiche e la tipologia degli assistiti. La sanità di prossimità sarà garantita da assistenza domiciliare integrata, case della comunità e ospedali di comunità. Anche la rete degli ospedali, con la loro organizzazione in *hub and spoke*, verrà rivisitata.

Spero di essere stato esaustivo. Sono ben disponibile a tornare e approfondire questi argomenti in modo più ampio e articolato, eventualmente anche fornendovi un documento. Ad ogni modo, spero che l'audizione di oggi sia sufficiente per capire dove stiamo andando in termini di riorganizzazione.

FAGGI (*L-SP-PSd'Az*). Ringrazio il sottosegretario Sileri per le sue risposte, che in parte hanno già anticipato la domanda che intendo porre.

Lei ha fornito diverse indicazioni sulla riforma del Sistema sanitario nazionale che tenga presente la medicina territoriale e il sistema ospedaliero, che è un po' organizzato a macchia di leopardo sul territorio nazionale. Lei pensa che con queste azioni di integrazione e potenziamento, che sono molto forti, si riuscirà a compensare e razionalizzare anche il sistema di spesa? Infatti conosciamo tutti le differenze esistenti nelle varie Regioni: per fare un esempio, la medesima iniezione costa 0,5 euro in alcune Regioni e 5 euro in altre; lo stesso dicasi per molti altri prodotti, servizi e forniture. Pensa che con questa revisione si andranno a compensare gli squilibri esistenti a livello regionale, con realtà di eccellenza e altre che presentano invece costi elevatissimi e servizi scarsi?

FERRERO (*L-SP-PSd'Az*). Desidero anzitutto ringraziare il sottosegretario Sileri. I miei colleghi hanno già detto tutto. Anche per me il problema principale è quello delle cure domiciliari e aspetto pertanto la risposta in Assemblea all'interrogazione presentata.

In Piemonte è molto sentito il problema riguardante i distretti. Negli ultimi anni sono stati chiusi diversi ospedali, che mi auguro vengano presi in considerazione per essere riaperti. È infatti opportuno che si ragioni non solo in termini di apertura di nuove strutture, in quanto tante strutture ci sono e potrebbero essere recuperate. Pensiamo soprattutto alle zone montane e a quelle difficilmente accessibili, dove occorre troppo tempo per raggiungere l'ospedale più vicino.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Sono pienamente d'accordo con la senatrice Ferrero e la rivisitazione del decreto ministeriale n. 70 porterà a ciò che si è detto. È chiaro che dobbiamo garantire eccellenza e sicurezza per i nostri pazienti e, quindi, concentrare determinati trattamenti per determinate patologie nei centri di eccellenza. Il sistema di *hub and spoke* deve rimanere, però serve anche altro. Penso agli ospedali di comunità, alle case della salute e anche ai centri nascita in alcune aree del Paese, che sono stati chiusi. Occorre procedere a una rivalutazione di tutta questa mappa e rete, perché è innegabile – mi assumo la responsabilità di quello che sto dicendo – che alcune aree del Paese, per viabilità, accesso e tipo di popolazione, rimangono non particolarmente coperte. E questo non possiamo consentirlo con il nuovo Servizio sanitario che stiamo disegnando. Ripeto, una cosa del genere non è pensabile.

Quando si parla di area, il riferimento è non solo alla dimensione geografica, ma anche al suo contenuto, ossia alle esigenze della popolazione di quella determinata area. Pensiamo, ad esempio, al paesino montano abitato da soggetti anziani che non hanno mobilità e i cui figli vivono lontano, i quali devono poter accedere con facilità e semplicità alla nostra rete sanitaria centrale (ossia agli ospedali). L'auspicio è pertanto di colmare queste diversità.

Nel collegarmi a quanto detto dalla senatrice Faggi, è innegabile che esistono differenze da Regione a Regione e, anzi, a volte anche all'interno della medesima Regione. L'auspicio è che tutto quello che stiamo disegnando insieme, con le proposte di tutti, renderà quanto più omogenea l'offerta sanitaria sul nostro territorio nazionale.

Il punto cruciale sarà ovviamente il monitoraggio delle nostre azioni. Se non si hanno un adeguato monitoraggio e, quindi, un costante flusso di dati dalla periferia verso il centro per poter controllare le azioni e correggerle *in itinere*, è chiaro che il sistema è destinato a fallire. Pertanto, ruolo fondamentale di guida spetta al Ministero della salute; ruolo fondamentale di monitoraggio alle agenzie (vedi Agenas per il Ministero della salute); azioni correttive in essere nel momento in cui ci si accorge che qualche Regione o area rimane indietro (si prendono e si valutano le informazioni e si agisce di conseguenza).

PRESIDENTE. Approfitto della presenza della collega Ferrero per dare al Sottosegretario quell'informazione, che abbiamo avuto qualche giorno fa, su una scarsità di materie prime che forse può toccare anche il settore della sanità. Collega Ferrero, lei può confermare il fatto che probabilmente manca – o può mancare – qualcosa di indispensabile?

FERRERO (*L-SP-PSd'Az*). Il problema che mi ponevo con il presidente Pesco riguarda i plastificanti per PVC. So che le sacche per il plasma e il sangue sono in PVC flessibile e quindi serve il plastificante. Spero che l'Italia abbia delle grosse scorte di sacche per il sangue, perché in questo momento c'è un enorme problema di approvvigionamento del PVC e – in particolare – del plastificante, che rende flessibile il PVC e viene utilizzato nel contenimento del sangue (quindi l'imballo).

Chiedo se questa può essere un'occasione per dare un *input* e mettermi in guardia su questa problematica, che magari non c'è, per carità; me lo auguro. Però, essendo nel settore delle materie plastiche, so che c'è questa problematica con riguardo ai plastificanti.

GALLICCHIO (*M5S*). Ringrazio anzitutto per l'interessante relazione il sottosegretario Sileri, con cui abbiamo avuto altre occasioni di confrontarci.

Lei ha parlato dell'importanza delle case della salute e degli ospedali di comunità, al fine di poter avvicinare il servizio sanitario ai territori in maniera più omogenea rispetto a ora.

Mi chiedo se, oltre ai servizi specifici rivolti alla cura, anche la prevenzione possa avere un canale importante tramite la medicina territoriale. Mi riferisco, in particolare, alla possibilità di coinvolgere i cittadini nel conoscere uno stile di vita più corretto e attivo, con riferimento specifico all'alimentazione che – come sappiamo – previene e cura una serie di malattie che peggiorano la qualità della vita della popolazione, che è longeva ma vive con più difficoltà e malattie. Occorre ampliare l'accesso ai nutri-

zionisti e ad altre figure professionali, al fine di promuovere una più corretta alimentazione e stile di vita, in un'ottica di prevenzione.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Senatrice Gallicchio, sicuramente sì; è questo lo scopo di un'assistenza portata sul territorio.

Il distretto, con all'interno le case della salute e la possibilità di raggiungere a casa coloro che ne hanno bisogno e presentano cronicità e patologie che non necessitano di ricoveri ospedalieri, sarà costituito da un CUP, un'assistenza sociale e sanitaria, uno sportello sociale, un'assistenza del medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta per la popolazione pediatrica e infermieri con ambulatori dedicati per la gestione integrata della cronicità. Integrata significa avere una multidisciplinarietà, ossia un'assistenza specialistica a tutti i percorsi, compresi quelli di sostegno, la distribuzione dei farmaci e degli ausili protesici, nonché tutta la via della prevenzione di qualunque patologia.

È chiaro che in questa multidisciplinarietà sono previste tutte le figure che si occupano di sanità, compresi la nutrizione, l'assistenza psicologica e tutto ciò che riguarda i disturbi di salute mentale e cognitivi e le demenze. Ripeto che in quest'assistenza multidisciplinare e specialistica è previsto tutto, perché è evidente che se si considera il paziente *in toto*, con tutte le sue esigenze, viene ritardata l'avanzata della patologia e fatta prevenzione su alcune patologie.

Vi faccio un esempio fra tutti: l'aderenza alla terapia. I nostri anziani, che prendono più di quattro o cinque compresse medicinali al giorno, andando magari avanti negli anni e subentrando dei *deficit* cognitivi, dimenticano di assumere le loro medicine, con un'aderenza alla terapia che si abbassa del 50 per cento, compatibilmente con le condizioni cliniche e il numero di medicinali che vanno assunti. Occorre pertanto seguire meglio questi pazienti e limitare le conseguenze delle loro malattie, al contempo riducendo non poco il carico all'interno degli ospedali.

In conclusione, ribadisco che è prevista la multidisciplinarietà sanitaria intorno al paziente, compresa la nutrizione.

RIVOLTA (*L-SP-PSd'Az*). Vorrei sottolineare che, nonostante l'emergenza esplosa con la pandemia, vi è il problema (che tale era prima e che rimane adesso) connesso alla gestione dei malati psichiatrici. Purtroppo la maggior parte di questi è quasi sempre sulle spalle delle famiglie, le quali non hanno i mezzi per riuscire a star loro vicine nel modo migliore. Serve una risposta diversa. Ovviamente nessuno pensa ai cosiddetti manicomi, ma potrebbe essere importante pensare a delle comunità destinate a queste persone che difficilmente riusciranno a guarire, ma che devono comunque essere gestite. Forse in questo periodo ci siamo resi conto di quante persone, che magari erano solo originali, poi hanno sviluppato proprio delle sindromi psichiatriche.

FAGGI (*L-SP-PSd'Az*). Mi ha fatto piacere che la sua relazione abbia abbracciato una visione molto ampia e importante, visto che oggi la me-

dicina ha un senso un po' frammentato. Le chiedo pertanto se ritiene possibile pensare anche a una revisione per quanto riguarda il personale medico e infermieristico. Posso portarle l'esempio del mio territorio (ma il discorso vale anche per tutte le altre zone maggiormente colpite dall'epidemia) in cui, soprattutto nel momento di maggiore emergenza, la carenza di personale ha costretto a turni non umani. Dobbiamo tenere presente gli sforzi del personale ed essere consapevoli della necessità di una formazione universitaria specialistica più snella che permetta un'iniezione nuova di medici specialistici sotto tutti i profili e anche infermieri. In caso contrario, rischiamo di obbligare il personale sanitario a turni massacranti anche quando l'emergenza sarà finita. Peraltro, sono sicura che lei condivide con me il fatto che nel settore sanitario i momenti di riposo sono molto importanti e i turni non possono assolutamente essere di tredici, quattordici o quindici ore.

Il Covid-19 è oggi in fase di regressione, però abbiamo strutture ospedaliere che mancano completamente di personale. È pertanto necessario tenere presente la multidisciplinarietà di cui lei ha parlato, ma anche prevedere un aumento del personale medico, paramedico e infermieristico.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Rispondo alla prima domanda (che in realtà era più un'affermazione che condivido) sui problemi riguardanti la salute mentale. È previsto un potenziamento, con assunzione di personale e di percorsi, del trattamento delle persone con disagio mentale, al fine di prevenire e diagnosticare quanto prima i disturbi (quindi fin dal momento in cui insorgono) e favorire poi la progressiva autonomia della persona fino al suo graduale reinserimento nella società. Si punterà sul reinserimento sociale della persona con disturbi, ovviamente dando un supporto (che è importante, necessario e fondamentale) alla famiglia. Ripeto che questo aspetto verrà sicuramente potenziato.

Per procedere alle assunzioni occorrono ovviamente persone che abbiano completato il percorso formativo e, a tal proposito, mi collego a quanto detto dalla senatrice Faggi. Nel periodo della pandemia sono state fatte moltissime assunzioni di personale sanitario a tutti i livelli (infermieri, medici, eccetera) ed è chiaro che si è attinto a un bacino che in effetti era già carente. Penso, ad esempio, ai medici specialisti, ambito nel quale il numero di borse garantito negli scorsi anni per la formazione specialistica era inferiore rispetto alle reali necessità. Occorre ricordare che i tagli o i sotto-finanziamenti al Servizio sanitario nazionale hanno portato negli ultimi dieci-dodici anni anche a un abbandono dello stesso da parte di molti medici e infermieri, che hanno deciso di andare all'estero oppure di svolgere la propria attività al di fuori del settore pubblico. Molti – non sono pochi e lo dico sulla base della mia esperienza da medico – hanno anche abbandonato il servizio in anticipo rispetto all'età della pensione.

Abbiamo assunto molto e tutto ciò che era possibile. Ora è necessario provvedere (e avevamo già iniziato in questa legislatura) a un aumento del numero delle borse di formazione, ricordando però che un intervento in questo senso operato nel 2018-2019 consentirà di avere più specialisti

nel 2023-2024. Dobbiamo continuare ad aumentare i numeri delle borse, come fatto negli anni scorsi, per non trovarci carenti nei prossimi anni.

Uguale intervento dovrà essere operato per i percorsi formativi pre-specializzazione, ossia per le lauree in scienze infermieristiche e le scuole di medicina. Progressivamente sono stati già aumentati i posti, ma occorre valutare un ulteriore incremento (chiaramente sensato e proporzionale all'incremento dei posti successivi) delle borse per scuole di specializzazione, così da trovarci tra cinque o dieci anni con una popolazione sanitaria formata e numericamente cospicua a tutti i livelli.

Allo stesso tempo, occorre continuare a promuovere azioni a favore del Servizio sanitario nazionale, anche in termini di adeguamenti salariali, per aumentare il senso di appartenenza del personale ed evitare che molti vadano via, soprattutto ora che riprendono le attività ordinarie.

Credo che dinanzi a noi abbiamo di sicuro un potenziamento del personale. Il problema dei turni sollevato dalla senatrice Faggi è antecedente al Covid-19. La pandemia ha portato tutti i nodi al pettine, ma chi vive in ospedale sa che queste problematiche già esistevano e si sono accentuate negli ultimi dieci anni a causa dei tagli e dei sotto-finanziamenti. Non vogliamo più trovarci in una situazione del genere.

Stiamo lavorando sull'ospedale come infrastruttura e tecnologia con il potenziamento degli investimenti, ma poi vi è il contenuto umano che ha consentito, con le armi a disposizione, di contrastare il Covid-19. Quel contenuto umano ha fatto davvero la differenza e dobbiamo continuare a valorizzarlo numericamente e potenziarlo, migliorandone le condizioni sul lavoro e quelle economiche nei prossimi mesi (non anni). Parlo da medico che ha vissuto la situazione negli ultimi quindici anni e so che bisogna intervenire quanto prima per tutto il personale sanitario.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Sileri per il suo contributo.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 9,45.

