



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 78

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Igiene e sanità)

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)

*(L’audizione del Ministro è stata svolta anche nella seduta del 18 maggio 2021)*

231<sup>a</sup> seduta: mercoledì 26 maggio 2021

Presidenza della presidente PARENTE

## 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, 4, 5 e <i>passim</i>
BOLDRINI (PD) . . . . .	11
CANTÙ (L-SP-PSd'Az) . . . . .	3, 4, 5
CASTELLONE (M5S) . . . . .	7
FREGOLENT (L-SP-PSd'Az) . . . . .	8
IORI (PD) . . . . .	7
LUNESU (L-SP-PSd'Az) . . . . .	9
PISANI Giuseppe (M5S) . . . . .	7
* RIZZOTTI (FIBP-UDC) . . . . .	10
SILERI, sottosegretario di Stato per la salute. . . . .	13
STABILE (FIBP-UDC) . . . . .	11

---

*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 8,35.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**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. 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, sospesa nella seduta del 18 maggio.

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

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

Ricordo che nel corso della seduta precedente il sottosegretario Sileri ha svolto la propria relazione e sono stati posti alcuni quesiti. Ulteriori quesiti e considerazioni sono stati già anticipati per iscritto al sottosegretario Sileri.

Chiedo alla senatrice Iori, al senatore Pisani e alle senatrici Castellone, Lunesu, Fregolent, Cantù e Rizzotti se vogliono integrare o fare considerazioni con riferimento ai quesiti che già hanno formulato per iscritto.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, non crede sia giunto il momento di mettersi tutti attorno a un tavolo per riprogettare la medicina territoriale con misure innovative di formazione, supporto specialistico e ricerca, superando la progressiva devalorizzazione del ruolo del medico di medicina generale a mero riproduttore di ricette, al di là della tipologia del rapporto di lavoro, che non è discriminante, dal nostro punto di vista, per una valorizzazione delle professionalità secondo responsabilità e merito?

Le do qualche suggestione esemplificativa, ma non esaustiva, dei nodi irrisolti che non sono stati appropriatamente sviscerati nell'elaborazione del Piano: libera iniziativa personale dei fabbisogni formativi; offerta spesso sostenuta dall'industria farmaceutica o dai produttori di dispo-

sitivi medici; la formazione è obbligatoria, ma l'obbligatorietà non è seguita da adeguate sanzioni; chiaro e coerente ruolo di indirizzo sulle priorità di formazione. In una parola, anche per la medicina territoriale servono poche e semplici regole di *governance* nazionale applicando modelli formativi in prevenzione, innovazione tecnologica digitale e ricerca come motore del cambiamento non *tout court*, ma inteso come effettivo miglioramento, in accompagnamento alla dotazione sistemica della strumentazione di primo livello, di telemedicina e *second opinion* specialistica, del personale ausiliario nel nuovo ruolo del medico di cure primarie, che deve fare semeiotica e non prevalentemente burocrazia. Bisogna intervenire in prevenzione e promozione della salute dell'assistito e continuità di cure che non richiedono ospedalizzazione.

Come penso lei sappia, noi ci siamo prodigati nel promuovere iniziative di revisione normativa, da ultimo con il disegno di legge n. 2153, che auspichiamo possa essere alla base di un costruttivo confronto legislativo ed esecutivo nell'evoluzione ordinamentale che dovrà accompagnare l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Concludo proprio con alcune riflessioni sulle direttrici di correzione ed adeguamento normativo che debbono essere di garanzia per evitare un'applicazione in distonia con gli obiettivi della missione strategica M5C1 del PNRR quanto alle attività di distretto, di continuità assistenziale e medicina territoriale, come è dato evincere, laddove si prevede la messa in pristino di ospedali di comunità con 20-40 posti letto, che chiunque abbia un minimo di esperienza gestionale sa che è quanto di più squilibrato si possa immaginare per un'efficiente gestione di una struttura, posto che non potrà rispondere per massa critica ai bisogni dei cittadini e non potrà che far lievitare i costi dovendosi spalmare le spese generali su un numero di posti letto così limitati e senza la flessibilità di gestione del personale, che si può avere su numeri di almeno 100-120 posti letto a struttura.

Dovremmo in questo caso promuovere la previsione in norma di prioritarizzare la riqualificazione di vecchi ospedali dismessi o sottoutilizzati nel quadro, quindi, di una prospettiva strategica di inversione di rotta, riqualificando i piccoli e medi ospedali pubblici interessati dal progressivo smantellamento e deprivazione surrettiziamente imposto dal decreto ministeriale n. 70 del 2015. Tutto ciò deve avvenire senza peraltro dimenticare le ragioni della razionalizzazione e della consistenza dei posti letto ospedalieri presupposta al decreto ministeriale, che nella normalità aveva cominciato a dare i suoi frutti, anche con risultati di buona gestione, solo che fosse stata completata con una rete di cure intermedie che è totalmente difettata.

PRESIDENTE. Senatrice Cantù, la invito a chiudere.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Presidente, sto per concludere.

Analoghe considerazioni di regolazione propositivo-costruttiva sul versante di quanto indicato in PNRR debbono rilevare in punto di case della comunità e di centrali operative territoriali (COT), giacché il di-

stretto, che nelle intenzioni deve essere lo snodo tra medicina del territorio e ospedale per la corretta presa in carico dei bisogni dei cittadini, deve disporre delle necessarie leve regolatorie atte a connotarlo come punto fondamentale per il rafforzamento della prevenzione e della continuità delle cure, valorizzando e, al contempo, responsabilizzando tutta la filiera erogativa.

La medicina territoriale deve essere ristrutturata, quindi, non solo pensando all'associazionismo diffuso fra medici di medicina generale, ma anche a *team* multiprofessionali dotati di strumentazione di primo livello e collegati in remoto con un *second opinion center*, che smisti, se e quando necessario, le richieste di supporto specialistico presso la rete degli erogatori integrata con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) mono e pluri-specialistici pubblici e privati, consentendo dunque al medico di medicina generale di avere in tempo reale il supporto specialistico per il miglior inquadramento diagnostico e clinico di presa in carico sul territorio.

In estrema sintesi e conclusivamente, la centrale operativa di controllo deve essere in grado di monitorare che tutti i soggetti della filiera, *in primis* i medici di cure primarie, assolvano tempestivamente e professionalmente i loro compiti, andando a stilare una griglia dove chi non performa come dovrebbe è fuori dal sistema. Essendo liberi professionisti, il sistema di scelta e revoca è un indice di gradimento degli aventi titolo, controllato, valutato e protetto dal Servizio sanitario.

PRESIDENTE. Senatrice Cantù, sono costretta a toglierle la parola, altrimenti non abbiamo tempo per il Sottosegretario.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Presidente, abbia pazienza, il tema è importante.

PRESIDENTE. Siccome non ho dato dei tempi, li darò adesso. Lei concluda velocemente per rispetto dei colleghi e del Sottosegretario.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Presidente, la ringrazio e apprezzo la sua sensibilità.

Come dicevo, il sistema di scelta e revoca è un indice di gradimento degli aventi titolo, controllato, valutato e protetto dal Servizio sanitario regionale in una prospettiva di evoluzione del nostro modello di *welfare*, che mette le persone al centro sia come destinatari che come attori, secondo principi di trasparenza, tracciabilità oggettivizzate e responsabilità. Solo così si marginalizzano le inappropriately e i consumi sanitari non necessari, anche indotti dall'assistito, giacché il medico di medicina generale è messo nella condizione di segnalare queste anomalie senza timori e infingimenti al pari della marginalizzazione di qualsivoglia carenza o ritardo nelle cure. In caso di inadempienza del professionista, infatti, ci sono dirette conseguenze, fino alla revoca della convenzione. La stessa

cosa vale per il contrasto delle prescrizioni specialistiche ospedaliere inappropriate.

Presidente e Sottosegretario, colleghi, dobbiamo saper promuovere, quindi, con regole precise, una revisione importante di riqualificazione delle cosiddette case della comunità, con prevalente attività di studi medici e di attrezzature all'avanguardia che consentano di dare risposta di prossimità, anche nell'area di cure intermedie, ai bisogni sanitari e socio-sanitari dei cittadini, privilegiando la domiciliarizzazione delle cure attraverso un rafforzamento mirato per classi di fragilità degli interventi domiciliari e non con un generico 10 per cento di popolazione ultrasessantacinquenne trattata a domicilio. Se è vero, infatti, che per taluni un'ora di assistenza ogni quindici giorni è ridondante, per altri è del tutto insufficiente. Le stime sottese nel PNRR quindi rischiano di essere, seppur con buone intenzioni, del tutto inattendibili.

Per contrastare efficacemente l'istituzionalizzazione inappropriata, inoltre, deve esserci un governo della domanda che dia contezza dei reali bisogni, agendo anche con un riposizionamento integrato delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) nella logica dei multiservizi quali coattori qualificati e controllati della rete. Anche in questo caso occorre accompagnare, signor Sottosegretario, il processo di revisione normativa di garanzia della realizzazione del Piano eliminando sovrastrutture e rifuggendo da qualsivoglia ideologia.

La prevenzione, cari colleghi, nonostante le indicazioni di principio sempre animate da buone e buonissime intenzioni, continua ad essere la Cenerentola, non essendo messa a contratto o a convenzione in tutta la filiera, tuttora relegata in un dipartimento dell'azienda sanitaria locale. È facilmente comprensibile quanto poco interesse abbia a far prevenzione un erogatore, anche se pubblico, che ha nel suo *core* la produzione, senza che con altri parametri di remunerazione e negoziazione si abbia a disincentivare l'inappropriatezza prescrittiva ed erogativa, dovendosi contrattualizzare prevenzione primaria e secondaria e la necessaria distinzione tra controllore e controllato.

Ringrazio per la pazienza e l'attenzione, ma il tema sta veramente a cuore a tutti e mi auguro che queste mie suggestioni e indicazioni siano state di qualche utilità.

PRESIDENTE. Colleghi, io prima non ho dato i tempi. Fermo restando che i tempi per la discussione in Commissione sono di dieci minuti, siccome ci siamo dati il metodo di formulare dei quesiti per iscritto ho chiesto solo se c'erano delle integrazioni. Adesso naturalmente mi affido al senso di responsabilità dei colleghi. Darei tre minuti a testa, ma naturalmente non avendoli dati prima adesso non posso non consentire pari opportunità, fermo restando che il limite massimo è di dieci minuti, anche perché dobbiamo consentire al Sottosegretario di rispondere ai quesiti che sono stati già formulati per iscritto.

PISANI Giuseppe (M5S). Signora Presidente, io sinceramente rinuncio alle mie integrazioni; vorrei soltanto esprimere pubblicamente in questa sede, e mi consenta di farlo anche se non è proprio attinente ai nostri compiti, la mia stima e la mia solidarietà al sottosegretario Sileri per gli attacchi che sta ricevendo e continua a ricevere, nonché il mio sostegno per quello che sta facendo onestamente e correttamente. Penso che sia il prezzo che si debba pagare a volte per poter camminare con la schiena dritta e potersi guardare allo specchio. Perdonate se dico questo; non è assolutamente piaggeria, ma trovo assolutamente inqualificabile che ci siano determinate posizioni solo perché si trova il coraggio di dire come stanno le cose. Noi in questa sede la volta scorsa abbiamo espresso tutta la volontà (e credo di aver aperto io questa discussione) di avere una maggiore condivisione con i tavoli del Ministero, di parlare di più con quanti stanno redigendo il piano del futuro della nostra medicina, perché sicuramente i provvedimenti potranno avere un *iter* più rapido dalla condivisione con pareri professionali e pareri politici.

Vorrei dire tanto altro, ma mi fermo qui per dare spazio ai miei colleghi. Mi scuso per l'*off topic*.

IORI (PD). Signora Presidente, anch'io sarò brevissima. Vorrei solo sottolineare l'aspetto formativo sul versante umanistico dell'aver cura, oltre che del curare (che ovviamente è indispensabile) nel senso del *to cure* ma anche del *to care*, quindi del prendersi cura della persona. Desidero sottolineare pubblicamente che ho apprezzato molto il testo nel suo complesso, lo condivido pienamente e questa mia riflessione, questo mio piccolo contributo, è riferito proprio alle prime righe del documento sulle case della comunità, dove si parla addirittura dell'interconnessione tra sociale, sanitario, cittadini e volontariato. Stiamo quindi parlando di persone che hanno percorsi formativi molto diversi tra loro e che proprio per questo hanno bisogno di una formazione condivisa, iniziale e in servizio.

CASTELLONE (M5S). Signora Presidente, mi associo a quello che ha detto il senatore Pisani ed esprimo tutta la mia e la nostra solidarietà al sottosegretario Sileri, perché siamo tutti consapevoli del grandissimo lavoro che sta facendo.

Più che integrare, io vorrei riassumere quello che ho messo per iscritto e che avevo chiesto al Sottosegretario. Sono tre punti fondamentali che partono dallo stesso presupposto e che hanno evidenziato sia la senatrice Cantù che il senatore Pisani. Questo è il momento in cui si sta riformando la sanità e il Parlamento deve essere coinvolto in maniera più proficua nei tavoli in corso al Ministero e nei gruppi di riforma che sono partiti e di cui parlava il Sottosegretario la volta scorsa.

Il primo punto è l'assistenza territoriale. Per noi, a tale riguardo, vanno affrontati due argomenti: la riforma della medicina generale e la riforma del servizio di emergenza/urgenza 118. Ci sono dei disegni di legge che sono incardinati ormai da più di due anni e io mi chiedo come mai non riprendiamo le audizioni su quei temi, quindi sia sulla riforma del

118, alla quale si è aggiunto il testo della senatrice Cantù, sia sulla riforma della formazione medica, che prevede anche la revisione del percorso di formazione dei medici di medicina generale.

Riguardo alla formazione, che è il secondo punto che ho inserito nelle domande al Sottosegretario, vorrei sapere a che punto è il tavolo interministeriale che era partito tra il Ministero della salute e il Ministero dell'università e in che modo si può coinvolgere il Parlamento, provando a recepire le istanze che noi continuiamo a proporre. Anche nella legge di delegazione europea con la senatrice Binetti abbiamo proposto un emendamento che affronta un tema che in questi mesi abbiamo provato a porre all'attenzione del Governo e del quale abbiamo parlato sia con il Sottosegretario che con il ministro Speranza. Mi riferisco alla proposta di correggere il *vulnus* normativo che pone un impedimento ai medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie. Con una specializzazione istituita nel 1996 per formare i medici nell'ambito delle cure primarie e per la quale un decreto interministeriale del 2015 ha previsto per questi specialisti la possibilità di operare nell'ambito della medicina generale, ancora oggi questo non è permesso. Quindi noi chiediamo che finalmente, in un momento in cui c'è carenza di medici di medicina generale e necessità di specialisti che operino nella medicina territoriale, si permetta l'accesso di questi medici.

L'ultimo punto riguarda la prevenzione, che a nostro avviso forse andava potenziata all'interno del PNRR, e serviva più attenzione a questo campo. Sappiamo, perché il Sottosegretario lo ha detto quando è intervenuto sulla mozione sul piano oncologico, che a breve saranno emanati decreti attuativi per la legge (che ormai ha due anni) che istituisce la Rete nazionale dei registri tumori. Anche su questo vorremmo essere coinvolti nella scrittura o almeno poter rivedere questi decreti attuativi, perché da come saranno redatti dipenderà l'efficacia di questo disegno di legge, che è il primo che questa Commissione ha approvato e al quale teniamo tutti molto.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, una precisazione che ritengo doverosa: le domande sono state inviate in termini collaborativi, ma poter discutere con il sottosegretario Sileri e illustrare in modo chiaro le tematiche è sicuramente un valore aggiunto che non deve essere letto come volontà di sottrarre tempo.

Mi unisco ai colleghi che hanno sottolineato l'importanza della riforma e di un dialogo costante tra Parlamento e Ministero. È innegabile che qualche volta ci sentiamo esclusi dalle verifiche, dalle analisi e dai tavoli di lavoro istituiti presso il Ministero.

Mi interesserebbe capire un po' meglio quale ruolo avrà il distretto nella riforma, perché è stata scelta quella dimensione e se poi le case della comunità saranno così numerose (attualmente sembrano corrispondere alle nostre attuali sedi distrettuali). In esse c'è sicuramente bisogno di sviluppare in modo più attento la presa in carico del paziente. Mi interessa inoltre capire quale sarà il ruolo del medico di famiglia in questa soluzione.



Vorrei sapere poi quali sono stati gli indicatori e gli esiti rispetto ad altre realtà; perché è stato scelto questo modello; quali sono gli *standard* di riferimento nella costruzione del progetto e soprattutto se esso è sostenibile nel tempo.

Siamo alla terza riforma della riorganizzazione del sistema sanitario regionale in Veneto e l'impressione, con questa riforma, è di andare in direzione diametralmente opposta rispetto al percorso che è stato fatto fino a ora.

Attualmente, tra l'altro, nel Veneto afferiscono al distretto tutte le attività che dalla riforma che ci è stata presentata sembrano competere alle case della comunità, ossia l'assistenza primaria (medicina generale e pediatria di famiglia), la continuità assistenziale, l'assistenza infermieristica, l'assistenza sociale, l'assistenza domiciliare e l'assistenza domiciliare integrata, le cure palliative, l'assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido, l'adozione, l'assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile e adolescenziale, l'assistenza scolastica, l'inserimento lavorativo per persone con disabilità, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale, l'assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, della dipendenza, della salute mentale, dell'età evolutiva, l'assistenza residenziale e semiresidenziale intermedia per gli anziani e adulti non autosufficienti, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica territoriale, la riabilitazione, la protesica, le azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie, la promozione della salute e l'assistenza penitenziaria.

Vorrei capire bene, dal momento che dalla relazione che è stata presentata queste attività sembrano essere spostate quasi totalmente sulle case della salute, come avverrà il coordinamento, che fine farà il personale e soprattutto quali sono state le analisi – se si è scelto un modello, è perché ci sono stati dei risultati migliori – quali sono i risultati attesi e, soprattutto, se è sostenibile o meno questo progetto.

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, sottosegretario Sileri, la sua relazione mi pare esaustiva e quasi perfetta. A me sembra proprio un libro dei sogni, perché se vado a osservare la situazione attuale della sanità in Sardegna non posso immaginare che la realtà che noi abbiamo possa modificarsi in così breve tempo, in quanto credo che occorreranno decenni.

Ad ogni modo, la ringrazio per la sua attenzione e sensibilità ai vari problemi.

Crede che lo stato attuale della sanità in Sardegna sia paragonabile a quello di altre Regioni del Nord. Pensa che in futuro si possa incentivare la medicina del territorio (e in che modo) e la telemedicina, insieme all'attuazione di tutte le altre proposte contenute nella relazione? A suo parere, quali sono le verifiche intermedie che occorre prevedere e quali gli strumenti che possono essere utilizzati nel caso in cui i soggetti competenti risultassero inadempienti nell'attuare i programmi?

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, siamo tutti d'accordo nel sostenerla in quanto apprezziamo moltissimo il lavoro da lei fatto in passato sia come Presidente di questa Commissione che come membro del Governo. Crediamo che la nostra voce debba essere sentita (lei è l'interlocutore che abbiamo con il Governo) ed è emerso quanto sia importante che le Commissioni di competenza siano coinvolte, o almeno informate, su quanto succede nei tavoli di lavoro.

Credo che il grande assente in questa riforma della medicina territoriale sia l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel mentre riorganizziamo l'intero sistema, non sappiamo quando il tavolo sui LEA si riunisce, né cosa fa, nonostante l'aggiornamento dei LEA e del nomenclatore tariffario sia assolutamente necessario. Gli ausili, i dispositivi, la riabilitazione, la diagnosi e i servizi socio-sanitari sono tutte cose che riguardano l'organizzazione della medicina territoriale e abbiamo visto quanto sia mancato l'apporto della tecnologia, con conseguenti carenze della medicina territoriale all'epoca del Covid. Quindi, credo sia assolutamente necessario appaiare la riforma dei LEA e del nomenclatore tariffario sui dispositivi a questo piano di riorganizzazione della medicina. Si tratta di compiti molto gravosi, specie con riferimento alla formazione. A tale proposito, mi unisco alla richiesta di tutta la Commissione per quanto riguarda una formazione specifica dei medici di base.

La casa si sostituisce al consultorio: ricordo che da tanti anni giacciono in Senato i miei disegni di legge per la revisione dei consultori. Spero che questo venga integrato; diventa un progetto molto grande.

Vorrei chiarire un altro aspetto. L'AIFA ha adottato un documento di analisi di impatto sulla broncopatia cronico-ostruttiva (sul controllo prescrittivo), da cui emerge che i pazienti (in Italia sono circa un milione) dovranno essere dirottati ai medici specialisti delle strutture ospedaliere in base all'effetto della spirometria. Ma se si sta parlando di medicina del territorio, come si può pensare di affidare un milione di persone che hanno bisogno di un controllo a soli 3.000 specialisti pneumologi rispetto ai 50.000 medici di famiglia? C'è qualcosa che non va. La prescrittività è data solo allo specialista pneumologo e ci si deve recare in ospedale anche per la spirometria: ricordo che abbiamo votato una legge volta a fornire ai medici di base la disponibilità economica per rinnovare la loro apparecchiatura tecnologica. Io avevo molti dubbi sul fatto che un medico di base potesse comprarsi un ecografo e sapesse leggere i risultati, ma uno spirometro si può tranquillamente avere in studio. Come pensa l'AIFA, soprattutto in un periodo in cui abbiamo liste d'attesa così lunghe, di dirottare un milione di persone verso 3.000 specialisti, togliendole praticamente ai medici di base? Ci sono delle cose pratiche che vengono segnalate. Sappiamo quello che non funziona nella medicina del territorio, perché, al di là delle conoscenze personali, parliamo con i pazienti, con le associazioni e con i familiari; lì si vedono le criticità, che potrebbero essere inquadrate in un piano come questo. Veramente mi chiedo come si faccia a dire determinate cose quando la realtà poi fa prendere ad altri enti, che non si parlano tra loro, decisioni completamente opposte.

STABILE (*FIBP-UDC*). Signora Presidente, signor Sottosegretario, a proposito di coinvolgimento e informazione della Commissione, vorrei chiedere un chiarimento. La Presidente, verso l'inizio di maggio, ci aveva inviato in bozza un documento dell'Agenas sulla riforma delle cure territoriali. Lo stesso testo è stato pubblicato da «Quotidiano Sanità» *on line*, all'interno di un documento che comprendeva anche gli altri aspetti e le altre missioni del PNRR. Io non ho capito cosa abbia di definitivo questo documento e cosa sia *in progress*, anche perché «Quotidiano Sanità» lo presentava dicendo che ci sono finalmente le schede del PNRR. Vorrei capire di cosa si tratta e qual è lo stato di avanzamento e vorrei chiedere anche un'informazione. Questo documento aveva diversi aspetti che potevano suscitare perplessità; ne cito solo due, forse tra i più evidenti. In primo luogo, volendo potenziare le cure primarie, in quel testo si diceva che nel 2027 i medici di medicina generale sarebbero stati sensibilmente ridotti. Un altro punto è il fatto che dal 2027, una volta esaurite le risorse del PNRR, si prevede di realizzare dei risparmi a regime attraverso la riduzione dei ricoveri inappropriati e degli accessi inappropriati al pronto soccorso (una riduzione cospicua, pari al 90 per cento dei codici bianchi e verdi). La mia preoccupazione è la seguente: se si vuole ridurre la spesa (si parla infatti di risparmio) dovuta ai ricoveri e agli accessi al pronto soccorso, ciò in pratica vuol dire ridurre parte degli ospedali e ridurre i posti letti, cosa che, in seguito a quello che è successo per via della pandemia Covid, desta qualche preoccupazione.

BOLDRINI (*PD*). Signora Presidente, anch'io mi associo ai colleghi nell'esprimere sostegno al nostro Sottosegretario, perché ci ha sempre dato la possibilità di avere un'interlocuzione diretta su ogni interrogazione e su ogni altro provvedimento. Lo ringrazio quindi per il lavoro che sta facendo.

Venendo al punto, ho alcune puntualizzazioni. La formazione sicuramente è fondamentale e importante non solo per i medici di medicina di base ma anche per tante altre professioni, in particolare perché, se ci occupiamo di cure primarie, il Sottosegretario (che è anche un medico) sa benissimo che serve una particolarità nelle cure primarie, quella cioè di arrivare prima che si verifichi un'acutizzazione della malattia. Credo che tutta la formazione dovrà concentrarsi in primo luogo su questo punto, con un'impostazione maggiore sulla prevenzione e sugli stili di vita che servono a tenere le persone in un buono stato di salute, anche se sappiamo che stato di salute non significa assenza di malattia, ma significa uno stato di benessere psicofisico generalizzato.

Un'altra cosa importante, che secondo me è un'altra grande sfida, è l'omogeneizzazione dei contratti dei professionisti che dovranno collaborare insieme in *team* multiprofessionali (come diciamo sempre tutti noi) all'interno delle case della comunità. Questo dovrà sicuramente avvenire; già adesso vediamo che ci sono dei professionisti che lavorano a stretto contatto e braccio a braccio, ma magari provenienti da contrattualizzazioni diverse. Credetemi che questa non è una cosa semplice, perché in questo

momento c'è chi ha uno stipendio più alto rispetto a chi è lì da vent'anni. Credo che bisognerà occuparsi di questo e soprattutto della loro stabilizzazione; stiamo creando adesso un progetto importantissimo con il PNRR e non vorremmo che nel 2026 questo castello crollasse perché mancano gli operatori, che a mio parere rappresentano invece le fondamenta del castello.

Ho letto anch'io una serie di documenti – tutti noi ormai ci stiamo specializzando nella lettura di documenti sul PNRR – dove c'è l'individuazione di modelli che hanno dimostrato la loro efficienza. Quando parlo di case della comunità, ho davanti agli occhi una vera casa della comunità, perché la frequento e so come funziona e cosa c'è lì dentro; la mia conoscenza di questa struttura è fisica e reale. Mi auguro pertanto che si prendano a modello quelle organizzazioni che hanno già dimostrato efficacia, evitando l'inappropriatezza dei codici bianchi. Avete visto infatti quanti codici bianchi e quanti codici verdi ci sono nel pronto soccorso; si tratta di pazienti che non hanno un infarto, ma che hanno bisogno di essere ascoltati e di avere una risposta più immediata rispetto a quella che potrebbero ricevere andando dal medico, il quale prescrive loro una visita e poi magari ci vogliono tre mesi. Questi pazienti vanno direttamente al pronto soccorso, perché sanno che lì, anche se aspettano tre ore, poi avranno una risposta prima di tornare a casa. Ci sono modelli, presi come esempio, che hanno raggiunto un abbassamento dell'inappropriatezza dell'accesso al pronto soccorso; è questo quello che noi vogliamo, cioè che in ospedale ci vadano solo coloro che ne hanno veramente bisogno. Questo non vuol dire che gli altri non possano ricevere delle risposte immediate presso le case della comunità. Per una piccola medicazione, ad esempio, non c'è bisogno di andare in pronto soccorso e non c'è bisogno di andare in un ospedale lontano; si va dove è predisposto questo servizio. Credo che sia importante un modello che dimostri l'efficacia e l'efficienza di quello che vogliamo fare.

Un'altra cosa molto importante a mio parere (perché è tutto organico a quello che si sta facendo) è la *governance* dei distretti. All'interno dei distretti sento parlare sempre di cose che non funzionano. È inutile disperarsi per il fatto che non funziona niente, è inutile criticare sempre e non individuare quali sono gli aspetti da correggere. Cerchiamo di valutare anche in questo caso quali sono i modelli che funzionano e di capire come replicare la *governance* di questi distretti in altri territori. All'interno dei distretti ovviamente si organizzano i servizi che servono alla popolazione. Ma quali servizi sono? Io credo che sia più che mai necessario fare prima un'analisi dei bisogni di salute delle persone; questa, secondo me, è la cosa più importante. Non puoi erogare servizi se non sai a chi servono; prima devi sapere di quali servizi hanno bisogno le persone e dopo puoi erogare il servizio. È necessaria quindi l'analisi dei bisogni. Queste sono le cose che mi sono venute in mente ascoltando i colleghi e che volevo sottolineare.

PRESIDENTE. Non essendoci ulteriori richieste di intervento, mi associo alle espressioni di stima delle colleghe e dei colleghi nei confronti del sottosegretario Sileri, che ringraziamo per il lavoro che fa al Governo e con noi in Commissione e al quale cedo subito la parola per la replica.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, ringrazio tutti per la fiducia. Sapete che, prima ancora che membro di Governo, sono un senatore come voi e sono stato Presidente di questa Commissione. Quindi si è creata fra noi una stima reciproca, indipendentemente dai vari Governi che si sono succeduti (Conte 1, Conte 2 e Draghi). Abbiamo sempre lavorato in maniera omogenea (per usare l'espressione della senatrice Boldrini), indipendentemente dal ruolo di Governo e indipendentemente dall'appartenenza politica. Senza nulla togliere alla Commissione affari sociali della Camera (io interagisco qui al Senato, mentre di là ci va il mio collega Costa), voi sapete quanto il vostro aiuto sia prezioso per me. Sono sincero: per quanto uno possa essere medico, come alcuni di noi e come è stato ricordato, i vostri *input*, da qualunque forza politica arrivino, sono sempre utili e per me sono davvero preziosi, perché quello che voi mi dite poi ovviamente lo porto al Ministero. Vengo qui con uno zainetto e lo riempio con le vostre idee e anzi sono contento anche di tutto quello che ha detto la senatrice Cantù, perché l'ho appuntato parola per parola e lo porterò al Ministero, dove esistono diversi tavoli – lo sapete – e vi dico la verità, a volte ho anch'io difficoltà a individuare questi tavoli. Posso rispondere, quindi, per i tavoli che dipendono dalle mie deleghe, dove ho la possibilità diretta di far sì che possa esserci un *trait d'union* fra quel tavolo, me e voi, creando un'interazione rispetto a formazione, ricerca ed altro. Sarà mia premura portare queste istanze al Ministero e cercare un appiglio ulteriore per far sì che ci possa essere ancora più comunicazione e per questo sono contento di tornare qui più e più volte ancora. Non credo che un Piano del genere possa essere concluso in una, in due o in tre ore di discussione fra noi; credo che serva un'attività continuativa, che potremmo definire di comunità. Sarò quindi ben lieto di tornare di nuovo, perché le domande che mi avete fatto hanno impiegato 45 minuti e non si possono dare risposte né in un quarto d'ora né in 45 minuti. Probabilmente ogni domanda merita 15-20 minuti di risposta accurata e forse anche nella mia risposta potrei io stesso trovare delle lacune e voi trovare ulteriori lacune e quindi servirà un'ulteriore risposta e un approfondimento per migliorare. A quella domanda, infatti, dovrà necessariamente seguire, all'interno del Ministero, un'azione di correzione, perché – attenzione – nessuno è perfetto, ci sono cose che devono essere corrette e la vostra domanda consente a me di poter portare avanti una correzione.

Con il Ministero avevamo preparato un ampliamento della relazione che avevo esposto la volta scorsa, inserendo le prime domande pervenute. Data la ristrettezza dei tempi di cui disponiamo ora, inizio con questo. Qui troverete altri spunti, altre incompletezze, altre lacune che susciteranno probabilmente altre domande, non ho dubbi, perché anch'io ad ogni nuova

lettura di ciò che io stesso ho scritto trovo qualcosa che deve essere migliorato, quindi è inevitabile che voi troviate qualcosa che deve essere migliorato. Ovviamente non possiamo fare un'altra sessione di domande, ma vi invito ad inviarmi i vostri quesiti, in modo tale che la prossima volta, quando tornerò, queste ulteriori domande potranno avere una risposta più articolata, tenendo conto anche di tutte le domande fatte oggi, anche se in effetti questa relazione anticipa alcune delle domande che avete fatto.

Mi fermerò alle 9,25, in maniera tale che possiamo muoverci per raggiungere l'Aula, se va bene per la Presidente, poi proseguiremo e la Presidente mi dirà quando devo tornare.

Riprendendo l'intervento svolto la volta scorsa, vorrei soffermarmi sul quadro generale che riguarda gli operatori sanitari. Alcune delle vostre domande vertevano sulla formazione, quindi mi soffermerò sulle iniziative messe in campo per quanto riguarda questo tema.

Com'è noto, negli ultimi anni la transizione demografica ed epidemiologica del Paese ha reso necessario un profondo ripensamento della medicina del territorio. Ovviamente il diffondersi di patologie cronico-degenerative, nonché l'incremento delle fragilità e delle velocità legate all'invecchiamento della popolazione, ha fatto emergere la richiesta di una diversa risposta sanitaria proprio legata ai mutamenti in atto.

A tale proposito mi ricollego a ciò che ha detto poc'anzi la senatrice Boldrini: sono dei mutamenti però francamente prevedibili e così mi collego anche a ciò che ha detto la senatrice Rizzotti. Sono dei mutamenti che, ovviamente con un'attenta e dettagliata analisi di ciò che abbiamo oggi, consentono un'adeguata programmazione a dieci anni da oggi e probabilmente questa programmazione è stata, un po' per i tagli, un po' per i sottofinanziamenti, direi imperfetta; non sta a me giudicare, ma è un fatto che forse qualcosa poteva essere fatto meglio negli anni passati, ma ognuno di noi può sempre far meglio e siamo qui oggi per cambiare questa situazione.

In tale contesto si è inserita l'emergenziale necessità di potenziare il territorio, per rafforzare la risposta alla pandemia. La pandemia ha portato dei nodi al pettine, mettendo quindi ancor più in luce l'importanza dell'assistenza territoriale proprio per rispondere al bisogno di salute dei cittadini. Abbiamo adottato nei mesi scorsi importanti misure che hanno inteso affrontare il problema della carenza dei professionisti operanti sul territorio. Si è iniziato a colmare parzialmente la carenza dei professionisti ancor prima della pandemia ed è innegabile che in questa legislatura, prima con il Governo Conte 1 e poi con il Governo Conte 2, molto è stato fatto, sono state aumentate le borse, si è agito per cercare di colmare ciò che in passato era stato probabilmente un po' lasciato indietro e durante la pandemia vi è stata un'accelerazione in questa risposta. In tutto questo, la carenza di professionisti è stata parzialmente colmata, o si è cercato di colmarla sul territorio, anche con specifiche disposizioni di riorganizzazione dei servizi delle cure primarie. È stato un inizio determinato dalla pandemia, ma bisogna continuare. Come diceva la senatrice Lunesu, è vero che tutti noi vorremmo un libro dei sogni e che quel libro dei sogni potesse divenire

realtà, ma questa realtà non è un qualcosa che si può realizzare in sei mesi, né in un anno di pandemia, ma sicuramente servono diversi lustri per poter entrare a regime e consentire delle risposte poi durature ed efficaci.

Dai dati rilevati dalla Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC), che rappresenta la delegazione di parte pubblica del rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario e il rapporto convenzionale, sulla base delle deleghe sindacali che sono state comunicate attualmente a questo Ministero, al 1° gennaio 2020 risultavano complessivamente 86.406 medici con rapporto convenzionale, ripartiti come da seguente tabella: assistenza primaria, 42.009 medici; continuità assistenziale, 17.751; emergenza sanitaria territoriale, 2.994; medicina dei servizi, 1.462; pediatria, 7.373; specialisti ambulatoriali: 14.817. Se a questi si aggiungono gli altri 2.978 professionisti, fra biologi, chimici, fisici, psicologi e veterinari, che hanno un rapporto di convenzionamento con il Sistema sanitario nazionale, si arriva a poco più di 89.000 unità, per l'esattezza 89.384, che è tutto il personale che attualmente è convenzionato con il nostro Servizio sanitario nazionale.

Per ciò che riguarda i medici di medicina generale, la questione concerne la futura carenza di tali professionisti, legata strettamente all'età anagrafica. Rispetto al documento di cui poc'anzi parlava la senatrice Stabile, è in effetti il contrario, nel senso che vi sarà una carenza importante di medici e questa carenza è stimata in circa 20.000 unità, perché sono circa 20.000 i medici di medicina generale che hanno un'età uguale o superiore a 65 anni e pertanto a breve raggiungeranno il pensionamento. Si tratta di un numero cospicuo di medici che improvvisamente verranno a mancare e per il futuro i numeri non sono tanto diversi da questi, perché sappiamo perfettamente come l'età media del nostro personale sanitario antecedente la pandemia, arruolato nel Servizio sanitario nazionale – questo vale per il personale infermieristico, per i medici e per tutto il personale – sia di molto superiore alla media europea e quindi nei prossimi anni questo problema sarà di anno in anno accentuato.

Proprio allo scopo di fronteggiare la carenza dei medici di medicina generale, il numero di borse disponibili per l'accesso relativo al corso nel triennio formativo 2018-2021 è stato raddoppiato rispetto al 2017-2020, per cui si è passati da 1.075 borse a 2.093, a cui si aggiungono 30 borse della Provincia autonoma di Bolzano, per un totale di 2.118 borse disponibili per il triennio 2018-2021.

In più, l'articolo 1-*bis* del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito dalla legge n. 77 del 2020 (il decreto rilancio), al fine di attivare ulteriori borse di studio per i medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale, ha disposto l'accantonamento di ulteriori 20 milioni di euro a decorrere dal 2021 a valere sulla disponibilità finanziaria e ordinaria destinata al fabbisogno sanitario *standard* nazionale al quale concorre lo Stato.

Non proseguo oltre, perché purtroppo il tempo a disposizione è terminato; la Presidente mi dirà quando dovrò tornare.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora il Sottosegretario per la sua disponibilità.

Dichiaro conclusa la fase delle domande, a meno che, come diceva il Sottosegretario, non vi siano altre integrazioni, che gli faremo pervenire per iscritto. Per l'organizzazione dei lavori, la prossima volta – definiremo ora quando, con l'Ufficio di Presidenza – daremo la parola soltanto al sottosegretario Sileri per completare l'audizione.

Rinvio il seguito della procedura informativa in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,25.*