



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

**10<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTERO

*(Le comunicazioni del Ministro sono state svolte anche nella seduta del 6 dicembre 2022)*

INFORMATIVA DEL MINISTRO DELLA SALUTE  
SULLA TEMPORANEA CARENZA DI ALCUNI FARMACI  
DI USO COMUNE E STAGIONALE

18<sup>a</sup> seduta (2<sup>a</sup> pomeridiana): martedì 17 gennaio 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

**I N D I C E****Seguito delle comunicazioni del Ministro della salute  
sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

|   |            |
|---|------------|
| PRESIDENTE . . . . .                          | Pag. 3, 15 |
| * *SCHILLACI, ministro della salute . . . . . | 3          |

**Informativa del Ministro della salute sulla temporanea carenza  
di alcuni farmaci di uso comune e stagionale**

|  |                 |
|--|-----------------|
| PRESIDENTE . . . . .                         | Pag. 15, 23, 27 |
| MAGNI ( <i>Misto-AVS</i> ) . . . . .         | 26              |
| MAZZELLA ( <i>M5S</i> ) . . . . .            | 21              |
| MURELLI ( <i>LSP-PSd'Az</i> ) . . . . .      | 23              |
| SBROLLINI ( <i>Az-IV-RE</i> ) . . . . .      | 22              |
| * SCHILLACI, ministro della salute . . . . . | 15              |
| ZAMBITO ( <i>PD-IDP</i> ) . . . . .          | 24              |

---

*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: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE: Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.*

*Interviene il ministro della salute Schillaci.*

*I lavori hanno inizio alle ore 17,45.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Seguito delle comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero, sospesa nella seduta del 6 dicembre 2022.

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

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

Ha la parola per la replica il ministro Schillaci.

SCHILLACI, *ministro della salute*. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'invito ricevuto, che mi consente di fornire ulteriori elementi di dettaglio del mio programma di Governo, rispondendo alle specifiche questioni sollevate nel corso dell'audizione.

Risponderò alle singole domande poste dai senatori, iniziando da quelle fatte dalla senatrice Murelli. Il tema sollevato concerne l'interoperabilità dei sistemi e, in particolare, di medici generici e specializzandi ambulatoriali. Con riferimento all'interoperabilità dei sistemi informativi, vorrei ricordare quanto prevede l'investimento PNRR per il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico: la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e l'implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e la piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il fascicolo sanitario elettronico dovrà fornire, l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del fascicolo sanitario elettronico, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma del fascicolo sanitario elettronico, il supporto in termini di capitale umano e di compe-

tenze per realizzare i cambiamenti necessari per l'adozione del fascicolo sanitario elettronico.

Il percorso per il raggiungimento dell'obiettivo dell'intervento è di tipo incrementale, articolato in fasi tra loro correlate che riguardano rispettivamente linee guida per le Regioni, definizioni di contenuti e servizi del fascicolo sanitario elettronico, architettura dell'informazione e architettura tecnologica, interoperabilità e decreti attuativi delle diverse componenti e fasi. L'obiettivo dell'intervento sarà realizzato in stretta collaborazione con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri in qualità di soggetto attuatore e con il Ministero dell'economia e delle finanze. È altresì prevista la collaborazione di Agenas in qualità di soggetto attuatore quale Agenzia per la sanità digitale.

Un altro tema sollevato dalla senatrice concerne la prevenzione. La sua domanda ha riguardato, in particolare, la mia intervista pubblicata su «Libero», che riporta la necessità di investire sulla prevenzione. A fianco di questo approccio fondamentale nell'ambito della promozione dei corretti stili di vita, che ruolo possono giocare politiche orientate alla riduzione del danno?

In considerazione della preoccupante diffusione di stili di vita non salutari e in coerenza con le strategie e le finalità del programma «Guadagnare Salute», intendo rendere facili le scelte salutari del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 e potenziare gli interventi di contrasto a sedentarietà e inattività fisica, che sono tra i principali fattori di rischio modificabili indipendenti per le malattie croniche non trasmissibili, attraverso la definizione di un programma nazionale di promozione dell'attività fisica condiviso con i principali *stakeholder* istituzionali e non, secondo un approccio intersettoriale che comprenda la definizione delle modalità di prescrizione dell'esercizio fisico e di erogazione sul territorio nazionale, tenendo anche conto delle previsioni dell'Allegato 1 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che include la promozione dell'attività fisica quale prestazione esigibile.

Intendo altresì affrontare la prevenzione e il contrasto del tabagismo, quale principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia, per conseguire l'obiettivo sfidante del Piano europeo contro il cancro 2020 (*Europe's Beating Cancer Plan*), che consiste nel creare una generazione libera da tabacco, nella quale meno del 5 per cento della popolazione consumi tabacco entro il 2040.

A tal fine dovranno essere adottate misure atte a garantire a tutti i cittadini la massima tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tenendo conto della costante e crescente diffusione nel mercato di nuovi prodotti

(sigarette elettroniche e prodotti del tabacco senza combustione) e delle sempre più numerose evidenze sui loro possibili effetti dannosi per la salute.

Accanto al supporto degli interventi di prevenzione e disassuefazione si ritiene necessario e strategico assicurare il massimo supporto alle azioni

dell'Unione europea attraverso il recepimento, entro il 23 luglio di quest'anno, della direttiva delegata della Commissione che modifica la direttiva 2014/40/EU relativamente all'eliminazione di alcune esenzioni sui prodotti del tabacco riscaldato, onde consentirne l'entrata in vigore dal 23 ottobre di quest'anno, e al processo di completa revisione della direttiva 2014/40/EU e della direttiva fiscale. Tale processo punta a consentire che i diversi molteplici interessi correlati ai prodotti del tabacco che coinvolgono i dicasteri economici non prevalgano sulla tutela della salute.

Intendo inoltre proporre l'aggiornamento e l'ampliamento dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, per estendere il divieto di fumo in altri luoghi all'aperto e in presenza di minori e donne in gravidanza, eliminare la possibilità di attrezzare sale fumatori nei locali chiusi, estendere il divieto anche all'immissione dei nuovi prodotti non da fumo, sigarette elettroniche e prodotti del tabacco riscaldato ed estendere il divieto di pubblicità ai nuovi prodotti contenenti nicotina e ai *device* dei prodotti del tabacco riscaldato.

Passo ora a rispondere alle domande poste dalla senatrice Pirro sul costo del personale. Do lettura di quanto detto dalla senatrice: «Sono d'accordo con lei sull'uso distorto delle esternalizzazioni, in generale nella pubblica amministrazione, ma in particolare per quanto riguarda la sanità. Penso che la maggior parte di noi abbia visto il servizio di "Report" di ieri sera che parla anche di questo. Provengo da una Regione che ha sicuramente diversi problemi; abbiamo medici di pronto soccorso assunti a tempo indeterminato che si licenziano per andare a fare i gettonisti. Quindi, mi auguro, signor Ministro, che su questo voglia aprire un importante dibattito con il Ministero dell'economia e delle finanze per far capire che il tetto del personale dovrebbe includere anche le spese per il personale esternalizzato, perché se questa stessa spesa la mettessimo a *budget* per il personale dipendente probabilmente avremmo a disposizione risorse sia per gli aumenti di stipendio, sia per le stabilizzazioni e gli incrementi di personale di cui abbiamo bisogno. In questo senso, la invito a essere forte anche perché è vero che in questa legge di bilancio c'è l'incremento delle indennità per il personale di pronto soccorso, però sinceramente, come diceva la collega Zampa, altre risorse sono davvero carenti: 2,1 miliardi sono pochi se pensiamo che più di 1,5 miliardi sono dedicati alle spese di energia».

Riguardo al tema in oggetto ribadisco che sarà necessario garantire adeguate risorse al sistema, soprattutto nelle specialità e negli ambiti disciplinari che oggi registrano scarse adesioni. Rinnovo il mio impegno ad assicurare le risorse necessarie al sistema per reclutare nuovi professionisti e restituire la giusta serenità a tutti coloro che sono già in servizio e meritano di lavorare in condizioni ambientali e di sistema migliori.

In quest'ottica, un primo risultato è la disposizione inserita nella legge di bilancio del 2023, che prevede dal 2024 complessivi 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 141 milioni di euro per il personale del comparto sanità, attese le particolari condizioni di lavoro svolte dal personale della dirigenza medica e dal perso-

nale del comparto sanità dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso. Conseguentemente, i limiti di spesa annua lordi previsti dall'articolo 1, comma 293, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, per la definizione della specifica indennità ivi indicata sono incrementati.

Riguardo alla necessità di una rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del Servizio sanitario nazionale, richiamo quanto già esposto nelle mie linee programmatiche in merito alla vera e propria fuga registratasi negli ultimi anni da alcune specialità rese sempre meno attrattive. A ciò si aggiunga che la pandemia ha probabilmente contribuito a determinare l'accentuazione del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti.

Come ho evidenziato rispetto al fenomeno dei cosiddetti gettonisti o turnisti, anche il mondo della sanità è coinvolto in processi di esternalizzazione e sempre più professionisti preferiscono non legarsi a un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, prediligendo forme di ingaggio atipiche, anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate.

È quindi fondamentale assicurare le necessarie risorse al sistema, per restituire la giusta serenità a tutti i professionisti che ogni giorno lavorano, con dedizione ed impegno, talvolta in sedi disagiate e rischiose, migliorandone progressivamente le condizioni di lavoro, anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, come avete visto di recente, l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari.

Ribadisco che è mia intenzione affrontare, anche con provvedimenti straordinari e di urgenza, il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del Sistema sanitario nazionale per garantire i servizi assistenziali. L'uso distorto delle esternalizzazioni, infatti, non soltanto genera un sempre più gravoso onere in capo alle strutture, ma comporta anche gravi criticità in termini di sicurezza delle cure, sia perché non sempre offre adeguate garanzie sulle competenze dei professionisti coinvolti sia per la ridotta fidelizzazione di questi ultimi alle strutture pubbliche, derivanti da ingaggi professionali spesso distribuiti contemporaneamente su più sedi, con conseguente mancanza di conoscenza da parte dei turnisti della organizzazione delle unità operative in cui svolgono le loro prestazioni per poche ore nell'ambito di un mese.

Come ho esposto nelle mie linee programmatiche, una delle mie prime iniziative, appena insediatomi nel Dicastero, è stata quella di incaricare i Carabinieri dei NAS di effettuare specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari. Da tali controlli sono emerse fattispecie di frode e inadempimenti nelle pubbliche forniture per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'azienda sanitaria o per aver impiegato semplice personale ausiliario privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali socio sa-

nitare e infine personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire.

Inoltre, è stata accertata la fornitura, da parte di cooperative, di medici con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente, anche sopra i settanta anni, e l'impiego esternalizzato di risorse umane non adatto a esigenze di specifici reparti ospedalieri, come la fornitura presso reparti di ostetricia e ginecologia di personale sanitario, tra cui medici generici, non formato a gestire parti cesarei o ancora personale medico da impiegare presso il pronto soccorso non specializzato in medicina d'urgenza.

Un altro tema era quello delle terapie avanzate. L'assoluta maggioranza delle nuove terapie e tecnologie sanitarie presenta, da un lato, costi assoluti estremamente elevati; dall'altro, la capacità di incidere in modo decisivo e in tempi rapidissimi sulla storia naturale di patologia ad elevata mortalità e di impatto sulla salute, evitando, a differenza di quanto accade oggi per tali situazioni, cure prolungate nel tempo o addirittura necessarie per l'intera vita residua del paziente.

Questa caratteristica rende i costi di questo tipo di terapia più simili ad un investimento spesa in conto capitale che ad una spesa corrente; inoltre, in diversi casi l'efficacia di queste terapie è variabile da un paziente all'altro. Si tratta, quindi, di definire un nuovo quadro normativo specifico per il rimborso di queste terapie da parte del Sistema sanitario nazionale che preveda, da un lato, la possibilità di un periodo di ammortamento del costo, simile a quanto avviene per gli investimenti, dall'altro uno schema rimborso a risultato (*pay for performance*) come avviene in certi tipi di servizi.

Per definire un'ipotesi di questo nuovo quadro, ribadisco l'opportunità di attivare un apposito Tavolo che includa, oltre alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, rappresentanti esperti dell'Agenzia italiana del farmaco, i rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze con i tecnici della Ragioneria generale dello Stato ed eventuali ulteriori competenze esterne, in particolare quelle operanti in enti ed istituti di ricerca che si sono interessati della materia in tempi recenti.

Un altro argomento trattato era quello delle liste d'attesa. Ai fini del raggiungimento degli obiettivi di salute in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati, ribadisco che occorrerà rafforzare la rete territoriale con apparecchiature sanitarie e diagnostiche per il miglioramento della *governance* aziendale regionale e la riduzione dei tempi delle liste d'attesa. La pandemia ha fatto trascurare molte malattie, tra le quali quelle oncologiche, facendo saltare prevenzione, esami diagnostici, *follow up* ed interventi chirurgici.

Le nuove dotazioni consentirebbero di orientare i flussi di ricoveri in funzione della tipologia, della complessità, dell'intensità e delle soglie di volume gestite dai singoli centri ospedalieri e *upgrade* di grandi apparecchiature. Inoltre, per quanto attiene alla riorganizzazione dei processi di gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati, andranno introdotti modelli e *standard* per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello na-

zionale del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda all’inserimento in lista d’attesa, all’accesso, al ricovero fino alla sua dimissione.

Il potenziamento degli strumenti di monitoraggio è finalizzato al miglioramento della *governance* aziendale e regionale delle liste d’attesa, consentendo di orientare i flussi di ricovero in funzione della tipologia, della complessità, dell’intensità e delle soglie di volume gestite dai singoli centri ospedalieri, avvalendosi della programmazione regionale basata su *standard* tecnologici, organizzativi e strutturali della rete ospedaliera.

Aggiungo che ritengo necessario, all’esito dell’attività condotta dalla competente Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero, di concerto con Agenas, nell’ambito del gruppo di lavoro finalizzato a garantire la piena attuazione del piano di recupero delle liste d’attesa relative al terzo trimestre del 2022 (lavori che si sono conclusi la scorsa settimana), di favorire la continuità dell’azione intrapresa nel corso del 2022, con particolare riferimento all’utilizzo delle risorse non impiegate entro il 31 dicembre 2022 dalle Regioni e Province autonome.

Un altro punto riguardava gli ulteriori finanziamenti, in particolare su cronicità, Alzheimer e piano oncologico. Riguardo a questi temi, voglio ricordare quanto ho già affermato nella mia relazione principale. La piena efficacia del DPCM LEA consentirà di affrontare quella che continua ad essere la principale sfida dei sistemi sanitari: la cronicità, ovvero le condizioni più o meno permanenti nel lungo periodo di fragilità, non autosufficienza e disabilità.

La sostenibilità economica pare essere l’aspetto più arduo, ma forse il problema centrale è la difficoltà, spesso insoluta, di realizzare un percorso che risponda alle peculiari esigenze di questi utenti, attraverso l’apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi, presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari. A tal fine, si prospetta la necessità di un aggiornamento del Piano nazionale della cronicità.

Sarà, inoltre, mia cura promuovere politiche a supporto della continuità dei finanziamenti delle attività di promozione, di strategie per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze: fondo per l’Alzheimer e le demenze, per il finanziamento delle linee di azione in applicazione al Piano nazionale demenze (legge finanziaria n. 178 del 2020).

Rimango in tema di prevenzione per confermare tutto il mio impegno a finanziare il Piano oncologico nazionale, che è il documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro per il quinquennio 2022-2027; è la cornice strategica e complessiva che consente il graduale sviluppo di azioni coordinate e sinergiche per migliorare il grado di implementazione dei programmi di *screening*, aumentandone i livelli di copertura e adesione e riducendo la disomogeneità territoriale.

Il piano mira anche a contribuire a tutti gli obiettivi del Piano europeo per la lotta contro il cancro 2021 (*Europe’s Beating Cancer Plan*), con particolare riguardo agli aspetti innovativi correlati alle scienze omiche, allo sviluppo di tecniche di intelligenza artificiale e all’introduzione



di nuove tecnologie per un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico. In proposito ho promosso l'elaborazione di apposita proposta emendativa da inserire nel decreto-legge in materia di proroghe dei termini in conversione al Senato.

Quanto al decreto tariffe, come ho già avuto modo di indicare, vi è l'impegno per una prossima definizione della problematica. Come è noto, l'attività procede speditamente, ma per la complessità del procedimento, alla base della mancata emanazione negli anni precedenti, non è possibile indicare allo stato una data certa, se non quella prima possibile.

Rispondo alla domanda del senatore Mazzella sulle malattie rare, uno degli argomenti affrontati. In ordine alle malattie rare, voglio ribadire che lo studio di queste patologie e il relativo approccio terapeutico possono risultare utili anche ad altre persone e a patologie più diffuse. Con l'attività del Comitato nazionale malattie rare, previsto dalla legge n. 175 del 2021, sarà valorizzata l'attività per l'*iter* di approvazione del nuovo Piano nazionale malattie rare, con il relativo accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, che rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare.

Inoltre, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Missione 6 – Salute) prevede bandi da 262 milioni di euro per il 2022 e 262 milioni per il 2023 sulle seguenti tre tematiche: malattie rare e tumori rari; malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi socio-assistenziali; *proof of concept*. I progetti finanziati nell'ambito del bando 2022 sono 226, ripartiti in base alle tre tematiche previste come di seguito: 50 per malattie e tumori rari; 139 per malattie altamente invalidanti; 37 per *proof of concept*. Per i progetti da finanziare verranno stipulate convenzioni, effettuate le verifiche previste dalla normativa e avviate le procedure di monitoraggio.

Passo ora alle repliche al senatore Guidi. Per quanto riguarda l'indispensabilità sul Piano della salute mentale, riferirò in risposta ai quesiti sollevati dalla senatrice Zampa, che riprenderò a breve. Altro tema sollevato dal senatore Guidi riguarda la lentezza dell'aggiornamento del tariffario degli ausili e delle protesi. Su questo ribadisco il mio impegno a portare a termine l'adozione dei decreti concernenti le tariffe e l'aggiornamento dei LEA.

Il senatore Occhiuto si è soffermato sul problema del personale sanitario per alcune tipologie e per alcune Regioni, in particolare la Calabria. Come ho già avuto modo di evidenziare nella mia relazione introduttiva, in un sistema di gestione dei servizi sanitari in capo alle Regioni, il compito del Dicastero della salute è quello di dare impulso alle azioni da intraprendere, tracciare il disegno generale cui dare corso e monitorare i singoli servizi sanitari regionali, verificando, attraverso l'opera di monitoraggio, la quantità e la qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio.

In questo assetto saranno fondamentali l'entrata in vigore del cosiddetto decreto tariffe e, quindi, l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, attraverso il quale saranno rese uniformi in tutte le Regioni la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Ribadisco che questa uniformità renderà possibile il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali LEA attraverso il confronto diretto tra Regioni in termini di soddisfazione di bisogni sanitari, accessibilità ai servizi, tempi di attesa e appropriatezza delle prescrizioni.

Per quanto concerne il tema del commissariamento della Regione Calabria, il Governo di cui faccio parte, già nell'immediatezza dell'insediamento, ha adottato disposizioni per prorogare le misure in atto, nella consapevolezza che il lavoro da svolgere è ancora notevole e con l'assicurazione che il Ministero che rappresento garantirà il massimo impegno nell'attività di affiancamento alla struttura commissariale della Calabria.

Senatrice Camusso, il primo tema da lei sollevato riguarda la stabilizzazione. Ho già espresso in più sedi il mio impegno volto a colmare la carenza di personale, partendo dalla riforma territoriale del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, per definire il fabbisogno di personale, orientando l'impegno delle risorse stanziato con la legge di bilancio e le ulteriori risorse rispetto a quelle previste per il PNRR, anche con riguardo al personale precario.

In tale ottica, mi sono adoperato per prorogare le misure straordinarie adottate nel periodo dell'emergenza pandemica per reclutare personale, anche ricorrendo agli idonei collocati nelle graduatorie o stabilizzando il personale che, per un determinato periodo di tempo, ha prestato servizio con contratto a tempo determinato presso le strutture del Sistema sanitario nazionale.

Tuttavia, la vera sfida è superare misure di carattere puramente contingente adottando misure di carattere sistematico, onde ovviare agli errori fin qui cumulatisi in tema di programmazione dei fabbisogni del personale sanitario, a tal fine intervenendo, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca, sul tema degli accessi ai corsi universitari e alle scuole di specializzazione.

Altro tema sollevato dalla senatrice Camusso riguarda la medicina di genere. Il Programma nazionale «Equità nella salute», incluso nell'Accordo di partenariato della politica di coesione europea 2021-2027, è stato approvato con decisione di esecuzione dalla Commissione europea il 4 novembre 2022 e tiene conto della medicina di genere. Come ho già detto, il Programma nazionale interviene nelle sette Regioni meno sviluppate (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia) per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso.

Il Programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi socio-sanitari. I temi sono i seguenti: contrastare la povertà sanitaria; prendersi cura della salute mentale; il genere al centro della cura; maggiore copertura degli *screening* oncologici.

Inoltre, nell'ambito dell'aggiornamento del nuovo sistema di garanzia si rende necessario procedere con l'aggiornamento degli indicatori in un'ottica che abbandoni gli adempimenti formali e si focalizzi sugli esiti di salute al fine di garantire i più alti *standard* qualitativi in risposta ai bisogni di salute delle persone. Questo aggiornamento è volto a rilanciare il monitoraggio dei LEA come strumento di supporto per il miglioramento delle *performance* sanitarie e dei sistemi sanitari regionali con un processo di armonizzazione che generi uno strumento il più possibile unitario, quantitativo e qualitativo per il monitoraggio e la verifica dei LEA stessi.

Tra i temi che si intende potenziare rientrano la salute mentale dell'adulto e dell'età evolutiva, le infezioni legate all'assistenza, l'antimicrobico resistenza, l'HIV, le epatiti virali e le malattie trasmissibili oggetto di piani nazionali, gli impatti sulla salute delle disuguaglianze socio-economiche, la medicina di genere, la salute ambientale, le malattie rare e le dipendenze patologiche, il percorso nascita, la riabilitazione, la residenzialità, le cure primarie e le cure di fine vita.

Inoltre, in linea con la progettualità PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*) promossa dall'OCSE, anche nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale delle cronicità potrà essere istituito un osservatorio dedicato a raccogliere direttamente dai pazienti l'esperienza con i servizi del Sistema sanitario nazionale e gli esiti delle cure agli assistiti affetti da patologie croniche. Questi dati potranno essere utilizzati per la costruzione di indicatori da integrare nel nuovo tariffario.

La senatrice Zampa si è soffermata sul tema delle case di comunità. Come ho già avuto modo di mettere in luce nel mio intervento di carattere generale, tale tema è all'attenzione costante di questo Ministero, ivi incluso l'aspetto relativo al personale che occorrerà assicurare per il loro corretto funzionamento.

Come noto, la riforma di cui al citato decreto ministeriale n. 77 del 2022 prevede la realizzazione di una casa di comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, con assistenza medica e infermieristica. Le case di comunità *spoke* dovranno garantire insieme ad altri servizi, come il punto unico di accesso, il collegamento con il centro unico di prenotazione Cup aziendale, la presenza medica e infermieristica. In questo contesto, gli studi dei medici di medicina generale e le sedi di riferimento dell'aggregazione funzionale territoriale (AFT) saranno *spoke* delle case di comunità *hub*.

Al fine di garantire lo svolgimento delle suddette funzioni, è prevista una Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti, il cui *standard* di personale prevede almeno cinque o sei infermieri e almeno uno o due unità di personale di supporto.

La COT si interfaccia anche con la Centrale Operativa Regionale 116117. La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo di livello distrettuale che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e ospedaliere e che dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Costituisce un servizio operativo sette giorni su sette e deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali, ad esempio, una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, *software* con accesso al fascicolo sanitario elettronico e ai principali *database* aziendali, *software* di registrazione delle chiamate. È consequenziale che il disegno complessivo potrà realizzarsi solo con la partecipazione attiva dei medici di medicina generale, con i quali e con i rispettivi organismi rappresentativi assicuro che questo Ministero è sempre in contatto ed opera in modalità di costante raccordo.

Un'altra tematica della senatrice Zampa era sulle vaccinazioni, in particolare su come sta andando la vaccinazione, la dose *booster* e sugli obiettivi che il Ministero intende darsi. La somministrazione della seconda dose di richiamo con vaccino mRNA bivalente è raccomandata specificatamente per tutte le persone di età maggiore di 60 anni e per le persone con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti preesistenti di età maggiore di 5 anni, per gli operatori sanitari, gli ospiti e operatori delle strutture residenziali e donne in gravidanza. Inoltre, i vaccini bivalenti possono essere resi disponibili, su richiesta dell'interessato, come seconda dose di richiamo per chiunque voglia effettuarli.

La somministrazione di un'ulteriore dose di richiamo con vaccino mRNA bivalente è raccomandata per le persone dagli 80 anni in su; per gli ospiti delle strutture residenziali per anziani e le persone dai 60 anni in su con fragilità motivata da patologie concomitanti preesistenti, che abbiano già ricevuto una seconda dose di vaccino mRNA monovalente. Inoltre, su richiesta dell'interessato, anche tutti gli altri soggetti ultra sessantenni che hanno già ricevuto un secondo richiamo potranno vaccinarsi con un'ulteriore dose di vaccino.

Il *report* aggiornato al 16 gennaio 2023 alle ore 6,21, consultabile sul sito [www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini](http://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini) riporta un totale di 143.542.382 milioni di somministrazioni di cui: ciclo vaccinale primario con almeno una dose: 49.456.920 milioni (pari al 91,60 per cento della popolazione *over* 12, persone con almeno una somministrazione). Ciclo vaccinale con 48.711.45 milioni, pari al 90,22 per cento della popolazione *over* 12: persone che hanno completato il ciclo vaccinale, per un totale di guariti pari all'1,05 per cento della popolazione *over* 12, guarita da massimo sei mesi senza alcuna somministrazione.

Dose addizionale/*booster*: dose addizionale/richiamo (*booster*): 40.442.102 milioni, pari all'84,78 per cento della popolazione potenzialmente oggetto di dose addizionale o *booster* che ha ultimato il ciclo vaccinale da almeno 4 mesi; guariti post seconda dose/unica dose: 1.486.201 milioni. Seconda dose *booster*: *booster* immuno / seconda dose *booster*: 5.768.783 milioni, pari al 30,17 per cento della popolazione potenzialmente oggetto di dose *booster*/seconda dose *booster* che ha ultimato il ciclo vaccinale da almeno quattro mesi.

Inoltre, mi impegno a favorire un'attività di informazione e comunicazione che metta davvero al centro le esigenze dei cittadini in riferimento alle prossime sfide del sistema del Servizio sanitario nazionale. Per rendere tale attività più efficace, anche nel contrastare la disinformazione, cercherò con maggior metodo la collaborazione delle professioni sanitarie, delle società scientifiche, delle associazioni di pazienti e del volontariato, insieme alle Regioni e Province autonome e agli enti del Servizio sanitario nazionale.

Riguardo alle vaccinazioni, sappiamo che la loro valenza come strumento di prevenzione e il senso di responsabilità degli italiani, dimostrato in occasione della massiccia adesione alla campagna vaccinale anti Covid-19, hanno permesso di tornare a vivere senza le limitazioni del passato. Tuttavia, non bisogna abbassare la guardia, soprattutto per proteggere la salute delle persone fragili e degli anziani.

Per questi motivi, il Ministero della salute ha lanciato la campagna «Proteggiamoci, anche per i momenti più belli – Vacciniamoci contro il Covid-19 e l'influenza stagionale» proprio per invitare a mantenere un comportamento responsabile nei confronti del Covid-19 e dell'influenza stagionale, promuovendo la vaccinazione come strumento di importanza per proteggere se stessi e gli altri. La campagna è stata rivolta alla molteplicità dei soggetti che, per diverse condizioni, sono i destinatari dell'offerta vaccinale contro l'influenza stagionale e contro il Covid-19: principalmente le persone fragili e gli anziani.

La campagna ha previsto uno *spot* televisivo della durata di trenta secondi e di uno *spot* radiofonico della durata di trenta secondi, diffusi sulle reti televisive radiofoniche nazionali del servizio pubblico RAI negli spazi riservati alle pubbliche amministrazioni, mediante la Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento informazione ed editoria, nonché la diffusione dello *spot* televisivo sulle principali emittenti televisive private e commerciali nazionali: Canale5 e Rete4, e sugli *account social* del Ministero della salute. Sono inoltre in programma campagne rivolte alla prevenzione primaria e secondaria, soprattutto sull'adesione agli *screening* oncologici e sull'importanza dei controlli periodici per recuperare quello che la pandemia ha tolto.

Altro tema è il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Su questo tema tengo ad evidenziare che, dopo un periodo di definanziamento del Fondo sanitario nazionale *standard*, che negli anni dal 2012 al 2019, anche in conseguenza degli effetti delle manovre di *spending review*, ha visto incrementi annui in valore percentuale negativo (meno 0,89 nel 2013, meno 0,195 nel 2015, appena lo 0,73 nel 2018 e lo 0,94 nel 2019), la legge di bilancio per il 2023 ha previsto un incremento del Fondo sanitario nazionale.

In particolare, il comma 535 ha disposto che il finanziamento del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, è incrementato di 2,150 miliardi di euro per l'anno 2023, di 2,3 miliardi di euro per l'anno 2024 e di 2,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2025. Solo per l'anno 2023 una quota dell'incremento, di cui al primo pe-

riodo, pari a 1, 4 miliardi di euro è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Si tratta di una importante inversione di tendenza, che tuttavia auspico possa essere ulteriormente perseguita anche per il futuro, con l'afflusso al Sistema sanitario nazionale di risorse sempre più cospicue. Un altro tema riguardava la salute mentale. Segnalo che, in tema di salute mentale, nella legge n. 197 del 2022 (legge di bilancio per il 2023), precisamente al comma 538 dell'articolo 1, è stata rinnovata la disposizione in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapeutica.

Partendo dal tema dell'integrazione sociosanitaria, già oggetto del decreto ministeriale n. 77 del 2022 e dell'intesa 4 agosto 2021 sull'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari, nonché del recente disegno di legge e delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, rilevo che la stessa continua a rappresentare una priorità, non solo del mio Dicastero ma dell'intero Governo.

Infatti, ribadisco la necessità di partire da un'attenta valutazione dei bisogni della persona, da riposizionare al centro di ogni ragionamento in materia sociosanitaria, anche attraverso l'attivazione dei punti unici di accesso presso le case di comunità di cui al decreto ministeriale n. 77, per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e per garantire la presa in carico delle persone con cronicità nell'ambito di un sistema strutturato.

È indispensabile, altresì, procedere a una riduzione del *gap* intercorrente tra le diverse Regioni, mediante l'adozione di strumenti uniformi che assicurino la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la redazione di un piano di assistenza che preveda il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale, sanitaria, sociosanitaria e sociale della persona e della sua famiglia.

Sempre su questo tema e su quello correlato alla salute mentale, segnalo il Programma nazionale equità nella salute, incluso nell'Accordo di partenariato della politica di coesione europea 2021-2027, approvato dalla Commissione europea lo scorso 4 novembre. Come ho già detto precedentemente, questo piano interviene nelle Regioni meno sviluppate come Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso.

Le quattro aree che vi ho già citato comprendono anche la salute mentale. Vi ricordo che gli interventi sono sostenuti dal Fondo sociale europeo Plus per 375 milioni e dal Fondo europeo di sviluppo regionale FESR per 250 milioni. A valere sul FESR saranno realizzati interventi di adeguamento infrastrutturale e di potenziamento tecnologico dei dipartimenti di salute mentale, dei consultori familiari, dei punti *screening* oltre all'acquisto di *motorhome* attrezzate per l'erogazione di prestazioni sanitarie, incluse prestazioni odontoiatriche ai vulnerabili e socioeconomiche in *outreaching*.

A valere sul Fondo sociale europeo Plus si procederà, altresì, al rafforzamento dei servizi dei dipartimenti di salute mentale, che implemen-

teranno i progetti terapeutico riabilitativi personalizzati, nonché dei servizi dei consultori familiari e dei punti *screening* attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi e/o percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) e reclutamento di nuovo personale.

Queste azioni di rafforzamento dei servizi prevedono interventi di adeguamento delle competenze e di informazione e sensibilizzazione, tramite percorsi formativi e campagne che saranno sviluppati dal Ministero della salute.

PRESIDENTE. Dichiara concluse le comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

**Informativa del Ministro della salute sulla temporanea carenza di alcuni farmaci di uso comune e stagionale**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca ora l'informativa del Ministro della salute sulla temporanea carenza di alcuni farmaci di uso comune e stagionale.

Dopo l'intervento del Ministro potrà intervenire un senatore per ciascun Gruppo.

SCHILLACI, *ministro della salute*. Signor Presidente, parto da una premessa. Prima di entrare nel merito degli aspetti tecnici relativi alla carenza di medicinali, mi sembra opportuno segnalare che il tema carenza costituisce non un argomento di nuova trattazione, ma un fenomeno che ricorre periodicamente, tanto che il legislatore nazionale aveva introdotto specifiche misure per mitigarne gli effetti già con l'articolo 13 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, così come modificato in sede di conversione dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. Inoltre, già il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, di recepimento della direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, aveva previsto all'articolo 34 specifiche misure per evitare casi di carenza di medicinali.

Svolta questa considerazione di carattere generale, in data 11 gennaio ultimo scorso ho convocato un tavolo di lavoro permanente sull'approvvigionamento dei farmaci per definire la reale entità del fenomeno e indicare proposte risolutive alla presenza di rappresentanti del Ministero della salute, dell'AIFA e della filiera farmaceutica produttiva e della distribuzione. Il tavolo che ho istituito con decreto ministeriale è stato già allargato ai Carabinieri dei NAS e ai medici di medicina generale.

Passo ora a illustrare gli elementi tecnici che possono essere utili per una migliore comprensione del fenomeno, forniti dall'AIFA. Al riguardo, occorre considerare che una sovrapposizione di fenomeni di natura diversa (aumenti di costi legati alla situazione internazionale, picco di domanda per i cosiddetti farmaci stagionali, polarizzazione su poche molecole delle scelte terapeutiche proposte da alcuni prescrittori per le malattie stagionali, coda delle difficoltà produttive legate alla pandemia da Covid-19)

sta creando tensione nell'approvvigionamento di alcuni medicinali specifici (fondamentalmente antinfiammatori, antinfluenzali e antibiotici).

Questa difficoltà, giustamente sottolineata dagli operatori, non sarebbe direttamente riconducibile alle carenze di farmaci, data l'ampia disponibilità di farmaci equivalenti sul mercato, ma il limitato ricorso ai farmaci equivalenti fa sì che venga invece collegata alla vasta lista dei farmaci carenti che AIFA pubblica da oltre dieci anni per supportare pazienti e operatori e che conta oltre 3.000 prodotti (tutti hanno comunque equivalenti sul mercato).

Pertanto, potremmo dire che, a causa di una non appropriata informazione o distorsione mediatica, passa il seguente tipo di messaggio: mancano oltre 3.000 farmaci antinfluenzali, ma anche antitumorali. Il quadro corretto, invece, potrebbe essere meglio così rappresentato: risultano presenti nell'elenco dei medicinali carenti oltre 3.000 farmaci, tra farmaci carenti e in cessata commercializzazione, per i quali è quasi sempre possibile ricorrere a equivalenti o, nei rari casi in cui questi manchino, all'importazione dall'estero o, grazie alle farmacie, a una preparazione galenica.

Invero, dei 3.000 farmaci inseriti nella lista dei carenti AIFA, circa 300 sono privi di equivalenti e, quindi, inseriti nella lista dei prodotti importabili su richiesta delle strutture sanitarie; invece non sostituiti da altri farmaci alternativi, di fatto sono meno di 30 referenze, di cui peraltro non si discorre sui *media* in questi giorni. Bisogna anche constatare che la comunicazione allarmistica sulle carenze di questi giorni sta generando quella che tecnicamente viene definita una carenza di rimbalzo, cioè l'accaparramento del farmaco da parte dei pazienti, preoccupati di avere a disposizione una scorta di un prodotto che sembrerebbe a rischio. Ciò rafforza il picco della domanda e crea ulteriori tensioni nell'approvvigionamento.

Visto il quadro corrente, oltre a supportare le iniziative di comunicazione tese a chiarire la reale situazione delle carenze, si è già valutato di procedere, dopo questa fase di crisi mediatica, a una revisione dell'impianto della lista dei farmaci carenti già discussa e concordata in sede di Tavolo tecnico indisponibilità presso AIFA con gli attori interessati. Quindi si provvederà a espungere dalla lista principale tutti i farmaci di non significativa importanza.

In questo quadro sarà anche possibile definire e promuovere, d'intesa con tutta la rete, ulteriori iniziative formative e informative che aiutino ad aumentare l'accesso agli strumenti già disponibili, che – vi ricordo – sono equivalenti, preparazioni galeniche e importazione.

In prospettiva, inoltre, sono stati proposti anche altri interventi strutturali sul tema degli aumenti di costi indotti dalla tensione internazionale. La rivalutazione dei prezzi dei farmaci al di sotto della soglia dei 5 euro, che sono a maggiore rischio di perdita di remuneratività, è un esempio di questi interventi.

Passo ora a illustrarvi la lista dei medicinali carenti presenti nel sito AIFA. Sul portale istituzionale dell'AIFA viene costantemente aggiornata la lista dei medicinali temporaneamente carenti, che contiene le seguenti



informazioni: nome commerciale del farmaco carente, principio attivo, forma farmaceutica, confezione e nominativo dell'azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), data di inizio e presunta conclusione della carenza, esistenza o meno di farmaci equivalenti, motivazioni che hanno determinato la carenza, suggerimenti per pazienti e prescrittori e, o riferimenti a specifici provvedimenti adottati dall'AIFA, ulteriori eventuali note. L'elenco in questione viene alimentato dalle informazioni trasmesse dai titolari di AIC e sulla base delle segnalazioni ricevute e verificate dall'ufficio competente. L'elenco è pubblicato usualmente due volte a settimana.

I farmaci inclusi, per i quali normalmente sono disponibili in commercio numerosi equivalenti, appartengono a molte diverse categorie terapeutiche e in genere vengono dichiarati in carenza per problemi tecnico-produttivi o a seguito di scelte commerciali dei titolari di AIC. Inoltre, in questa fase di incertezza, vista la necessità per i titolari di AIC di ottemperare alle tempistiche in materia di comunicazione delle carenze, si registrano in alcuni casi comunicazioni preventive volte a evitare la comminazione delle sanzioni previste dalla vigente normativa. Ad esempio, la pubblicazione dell'11 gennaio scorso elenca 3.197 farmaci, singole confezioni carenti, che includono carenze cessate, commercializzazioni temporanee e definitive sospensioni. Di questi, però, 1.804 sono farmaci effettivamente carenti, escluse quindi le cessate commercializzazioni definitive e sospensioni, ma solo 1.631 di questi hanno data di inizio carenza successiva al 1° gennaio 2022, incluse carenze, cessate commercializzazioni temporanee e definitive sospensioni. Le effettive carenze produttive sono quindi queste, relative a farmaci per i quali l'assenza dal mercato dichiarata dal titolare è recente – meno di un anno – e ciò rappresenta circa la metà dell'elenco AIFA.

In aggiunta, viene pubblicato un estratto della lista con i farmaci temporaneamente carenti privi di equivalenti o di alternative sul nostro mercato, per i quali l'AIFA rilascia l'autorizzazione all'importazione alle strutture sanitarie per analogo autorizzato all'estero o ha rilasciato la determinazione all'importazione al titolare dell'AIC. Le carenze potenzialmente critiche sono quelle inserite in questo elenco, che ad oggi include soltanto 325 farmaci. Dai dati dell'ufficio competente, l'importazione effettiva riguarda solo pochi di questi farmaci. Nel 2021, i primi 21 farmaci più importati rappresentano circa l'80 per cento delle importazioni autorizzate dall'ufficio.

In conclusione, la lista è uno strumento regolatorio pubblicato a supporto degli operatori sanitari e della distribuzione, che include anche tutti gli elementi relativi alle azioni che possono essere intraprese a supporto dei pazienti: prescrizione di equivalenti, passaggio a terapia alternativa, accesso all'importazione di analogo dall'estero. Per facilitare le valutazioni, è stato anche predisposto un documento guida, inserito nella *app* per i pazienti messa a disposizione dalla stessa Agenzia, che permette di ricevere segnalazioni su possibili carenze di farmaci di interesse.

Vediamo ora come poter meglio analizzare le carenze dei medicinali e le importazioni. Le tipologie di carenza emerse negli ultimi anni sono fondamentalmente tre. La prima riguarda le carenze produttive. Le aziende titolari delle AIC comunicano l'impossibilità di rifornire il mercato italiano di un quantitativo sufficiente di farmaco. AIFA pubblica sul proprio sito il registro dei medicinali carenti, indicando anche le eventuali misure di tutela per i pazienti laddove non siano presenti equivalenti alternative sul mercato.

L'elenco ristretto dei farmaci per i quali AIFA autorizza le strutture sanitarie all'importazione per i pazienti o per i quali ha rilasciato la determinazione all'importazione al titolare AIC viene pubblicato come documento separato nello stesso sito AIFA per rendere più accessibile l'informazione anche ai pazienti.

Le azioni per il contrasto di queste tipologie di carenze, d'intesa con Regioni e *stakeholder* privati, prevedono: importazione di analoghi, che è lo strumento principale; gestione degli *stock* disponibili; contingentamento e/o distribuzione centralizzata; blocco degli *export* nei casi in cui ritenuto necessario e utile; comunicazioni a operatori sanitari, filiera distributiva, associazioni scientifiche, referenti regionali di associazioni dei pazienti con il coinvolgimento dei titolari; valutazione di deroghe necessarie per garantire continuità terapeutica; coordinamento con altre istituzioni nazionali e internazionali.

Il secondo tipo di carenza è l'indisponibilità. Questi sono prodotti non presenti sul mercato, spesso a causa di distorsioni distributive, che usualmente sono legate al cosiddetto *parallel trade* da parte di grossisti italiani; pertanto, tali medicinali non sono segnalati come carenti. Le segnalazioni relative, quindi, vengono inviate dai pazienti e dalle farmacie alle Regioni, che possono poi informare il Ministero della salute e l'AIFA rispetto a situazioni ricorrenti sulle quali non sia stato possibile intervenire a livello locale.

A supporto delle Regioni, AIFA convoca dal 2015 il Tavolo tecnico di indisponibilità, che ha disposto interventi mirati, come ispezioni coordinate con il comando Carabinieri dei NAS o verifiche a livello internazionale su esportazioni sospette, e ha condotto un'attività di sensibilizzazione sulla normativa vigente, coinvolgendo tutti gli attori della filiera oltre che le amministrazioni competenti. Le indisponibilità non sono oggetto di pubblicazione da parte di AIFA, data la loro natura locale e temporanea.

Il terzo tipo di carenza consiste nelle mancate forniture ospedaliere. Queste sono carenze di farmaci oggetto di gare locali. Le aziende che si sono aggiudicate le forniture non le onorano nei tempi o rinunciano dopo l'ottenimento dell'appalto, generando ritardi e disagi alle strutture. Data la base privatistica e locale, che renderebbe difficile un intervento centrale diretto, la discussione della tematica nel tavolo tecnico delle indisponibilità ha portato prima all'intervento, attraverso le associazioni dei titolari di AIC, su aziende che ricorrevano nelle segnalazioni della casistica e, in seguito, all'avvio di un progetto tra AIFA e SIFO (la Società

Italiana dei Farmacisti Ospedalieri). Denominato *DrugHost*, tale progetto consiste in una piattaforma *web* per la condivisione sistematica delle segnalazioni di mancata fornitura ospedaliera, i cui dati saranno utilizzati per creare dei profili delle aziende a beneficio delle Regioni, che potranno poi prevedere eventuali clausole di salvaguardia più rigide per quelle aziende che risultino meno affidabili dai dati *DrugHost*.

*DrugHost* è stato avviato come progetto pilota nella regione Puglia, in vista di una sua estensione a livello nazionale. In questo quadro, l'importazione di farmaci è sicuramente uno degli strumenti di risoluzione più frequentemente usato in caso di carenza. Nel sito AIFA sono presenti i moduli che titolari AIC, strutture sanitarie e Regioni possono utilizzare al riguardo. Il sito è <https://www.aifa.gov.it/modulistica-carenze>.

In definitiva, le aziende farmaceutiche titolari di AIC hanno la possibilità di richiedere l'autorizzazione all'importazione di un medicinale temporaneamente carente di cui sono titolari, con indicazioni specifiche per gli emoderivati. Strutture sanitarie e Regioni possono invece richiedere l'autorizzazione all'importazione per medicinali carenti autorizzati in Italia e i loro analoghi. La prevenzione delle carenze impegna istituzionalmente AIFA con continuità. L'esperienza accumulata in questo ambito ha fatto sì che, anche nel passato, sia stato possibile definire strumenti in grado di evitare pericolose mancanze di farmaci critici.

Per quanto concerne il tavolo tecnico di indisponibilità, AIFA è attiva da anni su questo tema, al di là degli aspetti meramente produttivi. Il tavolo tecnico di indisponibilità, attivato nel 2015, ha per esempio affrontato sistematicamente i temi distributivi che portano alle carenze di farmaci e ha permesso lo sviluppo di un dialogo continuo tra amministrazioni centrali e regionali e *stakeholders* privati.

Partecipano al tavolo in questione rappresentanti del Ministero della salute, dei Carabinieri dei NAS, dell'Istituto superiore di sanità, delle amministrazioni di Regioni e Province autonome e tutte le sigle della produzione, distribuzione e vendita dei farmaci, oltre a società scientifiche, operatori tecnici e logistici. Grazie al tavolo sono stati realizzati interventi operativi, controlli sul territorio, comunicazione al pubblico e agli operatori, formazione e sviluppo di linee guida normative.

Il sistema italiano di contrasto alle carenze è un riferimento a livello europeo, come testimoniato non solo dal ruolo svolto sui diversi tavoli comunitari, ma anche dall'attribuzione ad AIFA della guida della *Joint Action on Shortages*, principale progetto europeo sul tema, che non riguarda solo l'Italia, e il cui *kick-off meeting* è previsto per il prossimo mese di febbraio. Il dialogo aperto nel tavolo ha permesso di far partire molto prima che sui tavoli europei le discussioni con le aziende su progetti di prevenzione strategica, come le deroghe regolatorie mirate all'ottimizzazione delle produzioni, che devono evitare che le aziende siano impattate direttamente da aspetti regolatori che vadano ad aggravare i ritardi dell'approvvigionamento.

La discussione con Egualea, l'organo di rappresentanza delle aziende che producono prodotti equivalenti, Farminindustria e AFI è aperta e mira a

trovare soluzioni condivise del sistema, non unilaterali e che non si limitino alla risoluzione del problema immediato. Nel 2020, in coincidenza con la pandemia, si era chiaramente lavorato d'intesa con gli ospedali, prioritariamente sulle carenze contingenti, ad esempio quelle di anestetici miolorilassanti e altri prodotti per le rianimazioni.

L'interfaccia tra AIFA e Regioni da un lato e aziende produttrici dall'altro aveva garantito la continuità delle forniture per i prodotti critici, attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili in un periodo in cui le carenze affliggevano tutto il territorio europeo. Contestualmente, si era anche iniziato a lavorare sulle ipotesi di carenza delle immunoglobuline che avrebbero potuto verificarsi nel 2021, considerando il crollo della raccolta di plasma nel 2020 che avrebbe potuto impattare sulla disponibilità di questi prodotti.

Si è quindi fatto un lavoro tecnico, avviato insieme al Centro nazionale sangue, un tavolo con il Ministero della salute, le industrie, le Regioni, le associazioni dei pazienti e tutti gli attori interessati per verificare quali potessero essere le strategie per prevenire qualsiasi mancanza di questi farmaci critici. Tra gli strumenti sviluppati in quell'ambito rientra la pubblicazione delle linee guida sull'utilizzo delle immunoglobuline in caso di carenza, realizzata al fine di ottimizzarne i consumi e limitarne gli sprechi in una situazione nella quale il prodotto avrebbe potuto essere poco disponibile.

Questa e altre iniziative hanno fatto sì che le carenze non si siano verificate con il rilievo temuto, anche grazie al reindirizzamento del consumo, tanto che le linee guida AIFA sono state poi discusse come esempio a livello europeo.

Oltre alle pagine dedicate del sito AIFA, l'Agenzia ha predisposto ulteriori strumenti informativi a supporto dei pazienti, tra i quali anche un'applicazione per dispositivi mobili, «AIFA medicinali», pensata come strumento pratico e immediato per accedere a informazioni e ricevere notifiche, realizzata su stimolo e in collaborazione con molte associazioni dei pazienti, a testimonianza del dialogo aperto sul tema anche direttamente con la rete dei pazienti, in particolare quelli che hanno carenze che possono per loro essere ancora più critiche. Penso, ovviamente, ai pazienti fragili e portatori di *handicap*.

Tra le tipologie di farmaci per i quali sono stati ammessi strumenti importanti per le eventuali carenze, cito come esempio i prodotti per l'epilessia, per i quali lo *shift* terapeutico è più complesso. In questo ambito sono stati definiti interventi straordinari come la predisposizione di schede-guida per casi clinici e pazienti già pubblicati sul sito AIFA, veicolati dalle associazioni dei pazienti e dalle società scientifiche, o la promozione delle buone pratiche regionali come – cosa che ritengo molto importante – le linee guida per la produzione galenica realizzate dalla Regione Lombardia, dalla SIFO e dalla SEFAP e le produzioni straordinarie garantite da aziende private o dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare.

Uno dei problemi più significativi gestiti negli ultimi mesi riguarda il Diazepam, indicato per crisi epilettiche nei bambini, per il quale è stata definita una modalità di approvvigionamento anche attraverso l'importazione di confezioni dall'estero e la loro dispensazione tramite le farmacie aperte al pubblico, integrativa rispetto alla possibilità di preparazione galenica in farmacia, già attivata da tempo. In questo ambito la collaborazione con i clinici della Lega italiana contro l'epilessia è stata un esempio di sinergia positiva a beneficio dei pazienti e ha permesso di attivare meccanismi straordinari che hanno avuto il supporto delle Regioni e di tutta la filiera.

MAZZELLA (M5S). Signor Ministro, la ringrazio per la sua esauriente trattazione del tema della carenza dei farmaci.

Come lei sa, tale informativa è stata richiesta dalle opposizioni e dal MoVimento 5 Stelle. Visto l'allarme, che lei ha detto essere soprattutto mediatico e diffuso nella popolazione, tale da creare un effetto rimbalzo per l'accaparramento dei farmaci, crediamo opportuno che questa informativa, suffragata da dati importanti, sia portata all'attenzione dell'Assemblea e di tutti i senatori. Ritengo che tale iniziativa potrebbe servire all'intera popolazione italiana.

Senza dubbio la sua esposizione chiarisce qual è la vera carenza di farmaci. Marcello Cattani, presidente di Farminindustria, ha dichiarato proprio questo, ossia che il 50 per cento delle 3.200 carenze effettive segnalate sul sito dell'AIFA è costituito da farmaci sostituibili da altri prodotti. Si tratta, quindi, di una carenza teorica. A fronte di questa affermazione, vi è però quella di Silvestro Scotti, segretario generale della Federazione italiana medici di medicina generale, il quale fa esplicito riferimento a forme di speculazione simili a quelle viste nel settore dei carburanti.

Molti dei farmaci carenti, infatti, sono prescrivibili e a prezzi concordati con il Servizio sanitario nazionale, ma hanno gli stessi principi attivi di farmaci da banco venduti senza ricetta e a prezzi determinati da domanda e offerta. Questo dà adito a possibili fenomeni speculativi sui quali noi chiediamo un intervento di controllo. Ritengo che dal tavolo permanente possa effettivamente partire questa richiesta.

La sua esposizione ha trattato il tema del farmaco a livello nazionale. Desideriamo sottolineare che l'argomento è però sentito anche in Europa e, in particolare, in Francia, Grecia, Regno Unito e Germania, dove sono state fatte alcune sollecitazioni. In particolare, a gennaio la Francia ha addirittura vietato la vendita dei prodotti a base di paracetamolo *online* e ha razionalizzato la vendita ai cittadini.

In Grecia, per affrontare la situazione, è stato richiesto un intervento europeo sul tema dei farmaci, mentre il Regno Unito ha emanato cinque nuovi protocolli di grave carenza nel tentativo di compensare i problemi di fornitura dell'antibiotico penicillina causati dal crescente numero di infezioni da streptococco di gruppo A in tutto il Paese. In Germania, il 12 gennaio scorso Klaus Reinhardt, presidente dell'Ordine dei medici, ha addirittura invitato i cittadini tedeschi a cedere le loro medicine a chi ne ha

bisogno. Dico questo per segnalare che il problema è sentito in tutta Europa e potrebbe diventare un tema ricorrente. Di conseguenza, è necessario dare un'informativa più vasta.

In conclusione, mi sento di dire che questa crisi può anche diventare un'opportunità per fare una riflessione di politica industriale del farmaco. Mi riferisco al grande tema del *reshoring*, ossia della possibilità di riportare in patria alcune produzioni. L'industria farmaceutica italiana, infatti, si distingue per una base produttiva che può contare su oltre 670 aziende farmaceutiche, in larga parte imprese che realizzano medicinali e altri preparati farmaceutici e aziende che realizzano prodotti farmaceutici di base come vitamine, antibiotici, acidi salicilici, zuccheri chimicamente puri ed emoderivati per uso farmaceutico.

Come si evince da questi pochi spunti di riflessione e dalle opinioni riportate da alcuni esperti, noi riteniamo che, anche a valle delle osservazioni che il tavolo permanente potrà dare, si possono presentare delle proposte. Noi le abbiamo sintetizzate in sette punti, che riteniamo opportuno leggere per evitare che questa crisi possa diventare ricorrente: aumentare la trasparenza del mercato per aiutare a identificare i problemi di carenza dei farmaci in modo tempestivo; aumentare la cooperazione europea e internazionale per aiutare a garantire un approvvigionamento equilibrato dei farmaci a livello europeo e globale; investire nella ricerca e nello sviluppo per aiutare a sviluppare nuovi farmaci per sostituire quelli in carenza; aumentare la diversificazione delle fonti di approvvigionamento dei farmaci e delle materie prime che per il 75 per cento importiamo per aiutare a ridurre la dipendenza da un singolo fornitore; semplificare la burocrazia per aiutare a ridurre i ritardi dell'approvvigionamento dei farmaci; migliorare la logistica per la distribuzione, per aiutare a garantire che i farmaci raggiungano i punti di vendita in modo tempestivo; incrementare la produzione per far fronte alla carenza con interventi di politica industriale, come penso che abbia detto anche lei, signor Ministro.

SBROLLINI (*Az-IV-RE*). Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare il Ministro per l'informativa molto puntuale e dettagliata. Al pari del collega Mazzella, anche io chiedo, come già fatto la settimana scorsa in Assemblea a nome della mia Capogruppo, senatrice Paita, che analoga informativa venga resa nell'Aula del Senato così da garantire una corretta e più ampia diffusione di quanto oggi ci è stato detto.

Qual è il motivo della mia richiesta? Riprendendo le parole del collega che mi ha preceduto, avverto anche io l'allarmismo mediatico che c'è stato, il quale ha portato inevitabilmente i cittadini e le famiglie a rivolgersi alle farmacie per cercare di accaparrarsi medicinali di ogni tipo, anche perché l'allarme ha riguardato, come lei, signor Ministro, ha detto nel suo intervento, proprio farmaci considerati fondamentali come antinfiammatori, antinfluenzali e antibiotici. È questo il motivo per cui penso sia corretto lo svolgimento dell'informativa anche in Aula.

Considero fondamentale e importantissimo il tavolo che lei ha voluto costituire, il tavolo permanente con gli *stakeholder* del settore, proprio per

monitorare e avere un controllo reale della situazione, per incentivare la politica dell'industria farmaceutica e riportare alcune produzioni in Italia.

Apprezzo anche il tema della trasparenza dei costi, perché sappiamo che in ogni Regione si sono verificate situazioni diverse. Spesso, le stesse farmacie secondo noi non hanno saputo dare risposte adeguate al cittadino e alle famiglie rispetto a quello che era stato l'allarmismo mediatico degli organi di stampa, come a volte spesso accade.

Senza ripetere le molte questioni che sono state già portate avanti, signor Ministro, anche dalle risposte che ha dato prima su altri temi, io vedo un indirizzo ben chiaro, da parte sua e di questo Ministero, nel voler rispondere in maniera precisa e corretta a quali possono essere oggi le reali preoccupazioni dei cittadini.

La stessa attitudine è su tanti altri temi, che sappiamo essere non certamente temi riguardanti solo questi ultimi anni, ma sono problemi che ci portiamo dietro da troppo tempo e che inevitabilmente, dopo due anni di Covid-19, non solo sono emersi nella loro gravità, con tutta la violenza dei dati, ma sicuramente necessitano di risposte più veloci e più efficienti.

Signor Ministro, la ringrazio e saremo attenti ad essere accanto a lei nel rispondere alle preoccupazioni reali dei cittadini.

**PRESIDENTE.** Desidero chiarire alla Commissione tutta che la decisione di far rispondere il Ministro in Commissione è stata assunta dalla Conferenza dei Capigruppo. Evidentemente, non è possibile riproporre la medesima informativa in Aula, perché il Ministro, pur nella sua grande disponibilità, in effetti ha molte altre questioni da affrontare!

Le forme di pubblicità di questa audizione sono quelle che abbiamo già indicato. Esiste quindi il resoconto stenografico e la registrazione video è a disposizione di tutti. Peraltro, è stato dato ampio risalto al fatto che il Ministro veniva in Commissione a rendere una informativa sulla carenza temporanea di alcuni farmaci sulla base della richiesta presentata in Aula da alcuni Gruppi.

**MURELLI (LSP-PSd'Az).** Signor Ministro, la ringrazio per questa audizione su un argomento sicuramente importante cui ella ha dato una risposta concreta, ad esempio istituendo questo tavolo tecnico. Anche se, come ha sottolineato, questo tavolo era già istituito dal 2015, è vero però che esistono tavoli di diverso tipo. Alcuni tavoli si riuniscono ogni sei mesi, laddove, in questo caso, io ritengo che il tavolo debba dare delle risposte concrete, specialmente quando verte su situazioni critiche come quella della carenza dei farmaci.

Lo abbiamo visto anche, per esempio, con il picco influenzale che c'è stato prima di Natale, dove mancava anche la semplice Tachipirina per bambini. Per cui, assolutamente importante è il lavoro che il Ministro sta facendo per dare una risposta nel breve, ma soprattutto nel medio e lungo termine. Come hanno sottolineato alcuni colleghi, è importante andare a reinvestire nel mondo della ricerca, nel mondo delle aziende farma-

ceutiche, per riportare in Italia le nostre competenze e quello che sappiamo fare molto bene.

Questo senza che si verificano speculazioni, come è soprattutto successo nel campo delle materie prime nel settore edilizio, con il superbonus e in altri casi, evitando queste speculazioni anche nel caso delle materie prime dei farmaci. Con il mio intervento volevo solo fare i complimenti al Ministro, per l'attenzione che ha riportato su questo tema. Ed è importante dare anche ai cittadini questa informazione sul lavoro importante che ella sta facendo.

ZAMBITO (PD-IDP). Signor Presidente, ringrazio anche io il Ministro, perché effettivamente ha fatto una esposizione piuttosto esaustiva. Signor Ministro, noi comprendiamo che la carenza di alcuni medicinali derivi da tutte le problematiche che lei ha ricordato. Tuttavia, noi non siamo preoccupati per la carenza di alcuni farmaci come l'ibuprofene, di cui esistono moltissime valide alternative, quando invece abbiamo letto che c'è il pericolo che manchi anche l'insulina oppure alcuni farmaci salvavita.

Al momento, così come lei stesso ha detto, non sussistono grandissime preoccupazioni, ma riteniamo che sia opportuno comunque continuare il monitoraggio. A questo proposito, noi le offriamo la nostra completa e piena collaborazione, ma le chiediamo eventualmente di tornare, nel prosieguo, per aggiornamenti successivi su questo tema, in quanto ne va della vita delle persone, delle famiglie e degli italiani e delle italiane tutti.

Le devo dire però che un punto proprio non ho capito. E glielo dico con tutta l'onestà e con tutta la franchezza per cui il Presidente e il resto dei Commissari mi conoscono. Quando ho letto che è stata diffusa a mezzo stampa la notizia della carenza di questi 3.200 farmaci, ho visto anche che lei, l'11 gennaio, subito ha reagito annunciando la costituzione di questo tavolo di lavoro permanente.

Siccome io sono curiosa, sono andata subito sul sito dell'AIFA a verificare se il tavolo esistesse o meno. Del resto, chi l'aveva stilata quella lista dei 3.200 farmaci? Ho scoperto dunque che dal 2015 esiste, come lei stesso ha detto, un tavolo Tecnico della indisponibilità. Anche questo tavolo, così come è riportato sul sito dell'AIFA, coinvolge il Ministero e anche i Carabinieri dei NAS, così come coinvolge le istituzioni, gli enti locali, le associazioni rappresentative delle categorie degli operatori e tutti quelli che svolgono una funzione nel settore del farmaco.

Ma a me il tavolo che lei ha proposto sembra una copia di quello già esistente. Mi sembra una struttura che già c'è, a meno che lei non abbia voluto sostituire qualche componente: ma a quel fine bastava un'integrazione, bastava una modifica. Io le dico con estrema onestà che non ho capito proprio a cosa serve questo tavolo.

La vicenda mi ha ricordato un po' quanto successo con il decreto *rave*. Lei ricorderà: c'è stato un *rave party*. A legislazione vigente, le Forze dell'ordine sono intervenute, hanno sgomberato; nessuno si è fatto male. Non c'era bisogno di intervenire con un nuovo decreto, eppure lo



si è fatto. Ma con quale obiettivo? Mi pare qui sia in atto una reazione tipica. Come se ci fosse una sindrome, sembra quasi che i Ministri vengano assaliti da questi virus, per cui devono per forza fare degli annunci, per forza mostrare di essere pronti a intervenire, di essere capaci e di saper proporre soluzioni nuove, quando quelle esistenti sono, per il mio modesto avviso, più che sufficienti.

Cambiando argomento, quello che preoccupa e su cui chiediamo al Ministro di intervenire al più presto è se AIFA sia nelle condizioni di operare con la massima efficienza. Anche qui, come sapete perché lo abbiamo dichiarato in tutti i modi possibili e immaginabili, noi non abbiamo affatto apprezzato che la maggioranza, e non il Governo, abbia di fatto modificato la *governance* di AIFA con due semplici emendamenti, fuori dal dibattito, con quel colpo di mano fatto allora e che oggi ci siamo resi conto a cosa sia servito.

È servito sostanzialmente a rimuovere il Direttore generale, probabilmente perché non era gradito a questa maggioranza. Con quella mossa si è rinunciato all'indipendenza dell'Agenzia, perché con la nuova *governance*, accentrata nelle mani del Presidente del CdA e di natura totalmente politica, si sono snaturate la missione dell'Agenzia e la sua natura di indipendenza scientifica, così come il virtuoso equilibrio dei poteri e delle responsabilità.

Con la nuova *governance* accentrata nelle mani del Presidente del CDA, che è di natura totalmente politica, si sono snaturate la missione e l'indipendenza scientifica dell'Agenzia, così come il virtuoso equilibrio dei poteri e delle responsabilità. Quella riforma dell'AIFA impone una riorganizzazione e anche una riattribuzione delle aree, dei settori, degli uffici e dello stesso personale. Per questo motivo, signor Ministro, le chiedo come intende operare in tal senso.

Non mi soffermo sugli altri temi toccati dal collega del MoVimento 5 Stelle, posto che concordiamo anche noi in merito alla necessità di riportare in Italia la produzione delle materie prime. In questi giorni in cui è partito l'allarme i farmacisti ripetono in coro che per ogni farmaco per cui si registra carenza è possibile trovare un corrispondente generico.

Il problema, però, è che in Italia si trascina da sempre una scarsa propensione dei medici a prescrivere il farmaco generico segnalando sulla ricetta il nome del principio attivo, come previsto dalla legge. Il problema, peraltro, è non solo dei medici, ma anche dei pazienti, che si affezionano al farmaco di marca e chiedono al medico che continui a prescriverglielo.

I numeri sono inquietanti. Secondo l'elaborazione di Egualia, che anche lei, signor Ministro, ha citato nel suo intervento, i farmaci generici rappresentano oggi solo il 30 per cento del mercato in Italia (solo al Nord si registra una percentuale più alta, pari al 38 per cento), a fronte di una media europea che supera il 50 per cento. Tra l'altro, tutte le norme che servono per incentivare la prescrizione dei generici ci sono già: non servono altri interventi legislativi, ma bisogna far applicare la normativa esistente. Credo che un osservatorio su questo problema meriterebbe la sua attenzione, signor Ministro.

Ciò che mi permetto di suggerirle è l'implementazione della rete degli informatori scientifici statali sul farmaco. Tengo a sottolineare questo aspetto perché, a mio parere, gli informatori scientifici sui farmaci dovrebbero essere più coinvolti nella rete tra medici, farmacisti e pazienti. Tuttavia, malgrado l'articolo 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, preveda che l'informazione scientifica sul farmaco sia demandata allo Stato, di fatto essa è demandata nel nostro Paese alle aziende farmaceutiche. Signor Ministro, vorrei sapere se intende intervenire su questo tema ed eventualmente in che modo.

MAGNI (*Misto-AVS*). Signor Presidente, desidero esprimere apprezzamento per la disponibilità e la pazienza dimostrate dal Ministro. Tuttavia, alcune cose non mi convincono.

Lei, signor Ministro, ha fornito una spiegazione, ma sappiamo tutti – ed è stato detto anche adesso – che, se viene dato l'annuncio della mancanza di alcuni farmaci, scatta immediatamente un allarme tra la popolazione. È banale dirlo, ma succede così in qualsiasi ambito: dai farmaci alla pasta.

Purtroppo, in questo caso parliamo di farmaci e, quindi, occorre più prudenza, cercando di muoversi dando le indicazioni e senza rincorrere. Rilevo, infatti, che in questo caso abbiamo lanciato il messaggio e adesso stiamo rincorrendo. Forse, quindi, il meccanismo esistente non funziona poi così bene. Abbiamo detto, in questa stessa Commissione, che bisogna mantenere distinto chi si occupa di questioni tecnico-scientifiche da chi gestisce la questione economica.

Inoltre, mancano i medici, sì, ma anche il rapporto tra medico e paziente è carente. Parliamoci chiaro: chi oggi ha bisogno di una ricetta, manda una *e-mail* oppure fa una telefonata. Non essendoci più una relazione tra il medico di base e il paziente, molto spesso si guarda al farmaco che si conosce di più e quello generico tendenzialmente non viene usato. Inoltre, ora si propone di incrementare la produzione dei farmaci, ma se vi è carenza di circa 3.200 farmaci, forse l'incremento della produzione andava pensato e fatto molto prima.

La critica che faccio è sul piano organizzativo e delle scelte. Emerge qui, per l'ennesima volta, tutta la criticità del nostro sistema. Non voglio citare le risposte che ha dato prima, signor Ministro, però la sanità, configurata in questo modo, non funziona; venti sistemi sanitari non funzionano. Questo è il dato vero e lo ha detto anche lei prima, rispetto a una serie di carenze e realtà.

Occorrerebbe anzitutto abbassare la tensione esistente e incrementare la produzione nel nostro Paese, perché noi siamo in grado di produrre i farmaci. Cerchiamo di non fare la fine che abbiamo fatto con riferimento alle mascherine. Ricordo che all'inizio vi era carenza di mascherine e poi ci siamo tutti messi a produrle. Evitiamo questa circostanza e puntiamo a una veloce inversione di tendenza.

Ritengo che la questione vada monitorata costantemente e per questo le chiedo anche io, signor Ministro, la disponibilità a riferire periodica-

mente sull'andamento della situazione. Mantenere una relazione costante con la Commissione è infatti l'unico modo per consentirci di valutare le scelte fatte nel breve periodo e dare un giudizio compiuto.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per il prezioso contributo offerto. Sarà cura della Presidenza fornire ai senatori copia della relazione che il Ministro ha consegnato.

Dichiaro conclusa l'informativa del ministro della salute.

*I lavori terminano alle ore 19,15.*

