



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali,
sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLE
LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTERO

5^a seduta: martedì 6 dicembre 2022

Presidenza del presidente ZAFFINI

I N D I C E**Comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche
del suo Dicastero**

PRESIDENTE	Pag. 3, 15, 21 e <i>passim</i>
CAMUSSO (PD-IDP)	29
CANTÙ (LSP-PSd'Az)	24
GUIDI (Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE) . .	26
MAZZELLA (M5S)	24
MURELLI (LSP-PSd'Az)	21
OCCHIUTO (FI-BP-PPE)	28
* PIRRO (M5S)	22
RUSSO (Fdi)	28
SCHILLACI, ministro della salute	3
ZAMPA (PD-IDP)	18
ZULLO (Fdi)	16

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 15,15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del ministro Schillaci sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

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.

Ringrazio il Ministro per la disponibilità e l'attenzione riservata al Parlamento e gli cedo la parola. Successivamente i colleghi potranno formulare eventuali domande.

SCHILLACI, *ministro della salute*. Signor Presidente, onorevoli senatrici e senatori, innanzitutto vi ringrazio per l'invito ricevuto, che mi consente di fornire indicazioni generali in ordine agli indirizzi relativi alle politiche del Dicastero di cui ho la responsabilità. È infatti mia convinzione, come lo è di tutto il Governo di cui ho l'onore di far parte, che la nostra attività debba basarsi su un confronto costante tra l'Esecutivo e il Parlamento, con la volontà di realizzare un dialogo pieno ed effettivo nel corso dei lavori parlamentari. Sono peraltro convinto che, come avvenuto finora, il lavoro seguito da questa autorevole Commissione sarà basato su un esame obiettivo dei temi all'attenzione, volto a privilegiare il consenso e l'interlocuzione oggettiva, rispetto a mere logiche di schieramento politico.

Chiarito questo punto, che ritengo una preconditione di metodo, nel merito non posso che ricordare il presupposto del mio operato che è, con ogni evidenza, l'articolo 32 della Costituzione, che garantisce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e assicura cure gratuite agli indigenti: il diritto alla salute costituisce un diritto inviolabile dell'uomo, ai sensi dell'articolo 2 della Costituzione. Nonostante la tutela costituzionale di tale diritto, occorre constatare come

alla fine dell'emergenza pandemica il Servizio sanitario nazionale si trovi di fronte ad una serie di criticità assai rilevanti, per le quali necessita destinare iniziative concrete e, ove occorra, specifici e ulteriori finanziamenti.

Con queste indispensabili premesse, passo adesso ad illustrare le questioni di fondo su cui intendo sviluppare le linee di azione della mia *mission* istituzionale. In ordine al grande tema della riorganizzazione e del potenziamento della medicina territoriale al fine di garantire sull'intero territorio nazionale l'assistenza sanitaria e le cure, è mia intenzione attuare la riforma del decreto n. 77 del 23 maggio 2022, «Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». Prima di entrare nel merito dei contenuti della riforma, mi preme sottolineare che in via prioritaria è necessario intervenire per garantire alle Regioni le risorse necessarie ad assicurare la piena attuazione e funzionalità della riforma, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Infatti, la non congruità delle risorse è stata il motivo che ha reso le Regioni diffidenti nei confronti del nuovo regolamento sugli *standard* dell'assistenza territoriale, che rappresenta sicuramente – a mio giudizio – il problema più urgente del nostro Sistema sanitario nazionale e che la recente pandemia ha ben messo in evidenza. Da un lato, infatti, il PNRR non risolve la questione delle carenze di personale, non rappresentando, come rilevato anche in documenti ufficiali, lo strumento idoneo al finanziamento di spese correnti continuative. Dall'altro, si pone uno specifico problema di sostenibilità economica della realizzazione delle case della comunità. Segnalo che al Mezzogiorno è assegnata una riserva di risorse aumentata del 45 per cento, in ragione del maggiore fabbisogno delle Regioni del Sud e delle isole, che dispongono di un minore numero di strutture sul territorio. Orbene, se è vero che alcune Regioni, come Emilia-Romagna e Toscana, dispongono già di più strutture di quanto indicato come obiettivo dal PNRR, altre non ne hanno affatto e non sono collocate esclusivamente nel Mezzogiorno. Pertanto, il finanziamento dei costi di funzionamento dei nuovi servizi da realizzare (ospedali potenziati, assistenza domiciliare estesa, case e ospedali della comunità) e, in particolare, delle spese per il personale, gli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza e il costo dell'assistenza domiciliare rappresentano una preoccupazione per le Regioni riguardo alle risorse da reperire, di cui intendo farmi carico. Ribadisco quindi il mio impegno ad ottenere garanzia sulle coperture finanziarie, le quali, in ordine alla questione del personale, oltre a riguardare i vincoli finanziari e le regole sui tetti di spesa, consistono anche nel reperire le adeguate professionalità, la strumentazione e il ruolo dei medici dell'assistenza primaria, con riferimento in particolare alle case della comunità.

Nel merito, il regolamento si colloca appieno nell'ambito del PNRR, che rappresenta il motore per la programmazione delle riforme e degli investimenti che il Ministero della salute prevede di attuare entro il 2026,

per promuovere la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale. Particolare enfasi è da porre sulla *component 1* (M6C1), alla quale sono stati destinati 7 miliardi di euro. Tale componente si articola in una riforma e in tre linee di investimento, da attuare entro la metà del 2026, per potenziare i servizi assistenziali territoriali con i punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione. Delle tre linee di investimento, l'investimento 1.1 (2 miliardi di euro), «Case della comunità e presa in carico della persona», prevede l'attivazione di 1.350 case della comunità, per promuovere e realizzare progetti di salute con particolare attenzione alle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità del paziente. L'investimento 1.2 (4 miliardi di euro), «Casa come primo luogo di cura e telemedicina», mira alla presa in carico domiciliare del 10 per cento della popolazione di età superiore ai sessantacinque anni con una o più patologie croniche e non autosufficienti: nell'assistenza domiciliare, la telemedicina avrà progressivamente un ruolo strategico. In tale investimento rientra l'istituzione delle 600 centrali operative territoriali (COT), che coordinano a livello di distretto la presa in carico della persona e raccordano tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, sette giorni su sette. L'investimento ricomprende il portale della trasparenza, al quale sono destinati 25 milioni di euro per l'aggiornamento, con l'obiettivo di rilevare i bisogni di salute su base territoriale e orientare la gestione dei servizi per le esigenze reali degli utenti. L'investimento 1.3 (1 miliardo di euro), «Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità)», mira all'attivazione di 400 ospedali di comunità per pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e degenze di breve durata. L'ospedale di comunità ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale dell'autonomia.

Alle misure della *component 1* si affiancano gli investimenti della *component 2* (M6C2), orientati a sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche. All'interno della *component 2*, alla quale sono stati destinati 8,63 miliardi di euro, sono individuate una riforma e due misure, da attuare anch'esse entro la metà del 2026. Gli obiettivi sono tesi a garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria nella qualità e nella tempestività delle cure, nonché a valorizzare il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale.

Quanto alla misura 1, «Aggiornamento tecnologico digitale», l'investimento 1.1 (4.052.410.000 euro), «Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero», prevede l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura ad alto contenuto tecnologico e la digitalizzazione di 280 sedi DEA di I e II livello. L'investimento 1.2

(1.638.851.083 euro), «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», è finalizzato al miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

L'investimento 1.3 (1.672.539.000 euro), «Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione», mira a garantire una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni, e a favorire il trasferimento tecnologico per il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

Per quanto concerne poi la misura 2, «Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico», vi è l'investimento 2.1 (524.140.000 euro), «Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale», che mira a rafforzare la ricerca scientifica in ambito sanitario e biomedico, e l'investimento 2.2 (737.600.000 euro), «Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativi», che prevede 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi di medicina generale, un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere per 290.000 partecipanti, un progetto formativo per acquisizione di competenze di *management* per 6.500 professionisti del Servizio sanitario nazionale, 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi di cinque anni a partire dal 2020.

Sempre sul tema della riforma dell'assistenza territoriale, attesa la delicatezza e la complessità della questione, anche con riguardo all'entità delle risorse finanziarie impiegate, ho particolarmente a cuore il tema degli *standard* di qualità delle strutture dedicate. Tant'è che, pochi giorni dopo essermi insediato, ho disposto delle verifiche sul territorio che i NAS hanno condotto proprio con specifico riferimento alle case di comunità e alle RSA.

Quanto invece all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015, ritengo necessario – anche in ragione del tempo intercorso dall'entrata in vigore dello stesso – avviare un approfondimento con specifico riferimento agli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, anche in considerazione del quadro drammatico offerto dalla progressiva riduzione del pronto soccorso e dei punti nascita e, più in generale, dalla situazione dei singoli reparti degli ospedali pubblici.

Altro grande tema è quello della riorganizzazione dei processi di gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati. Ritengo necessaria l'introduzione di modelli e *standard* per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale 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 funzionale al miglioramento della *governance* regionale delle liste di attesa, e consente di orientare i flussi di ricoveri 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.

Particolare impegno intendo approfondire nell'adozione del cosiddetto decreto tariffe necessario per superare lo stallo nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017. Oggi più che mai i LEA hanno un ruolo di garanzia dell'unitarietà del sistema e di tutela del diritto costituzionale alla salute, abbracciando il complesso delle attività, dei servizi e delle prestazioni di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di presa in carico assistenziale effettivamente erogati attraverso le strutture pubbliche o gli erogatori esterni accreditati. Mediante i LEA, lo Stato mette in atto una strategia che ha il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di realizzare il principio fondamentale di universalismo egualitario del Servizio sanitario nazionale in un contesto di decentramento di Governo. Il concetto di essenzialità, infatti, sottintende quello di efficacia, in quanto non avrebbe senso qualificare come essenziale una prestazione che non certifica efficacia.

È, quindi, necessario concludere l'*iter* di definizione del decreto inerente alle tariffe massime delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica (attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni e di cui auspico una celere approvazione), al fine di assicurare l'entrata in vigore complessiva del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri LEA e procedere a una continua attività di ricognizione delle nuove prestazioni di robusta efficacia che la ricerca, le innovazioni tecnologiche sanitarie e la comunità scientifica rendono via via disponibili. In tal modo, si favorirà l'esigibilità, su tutto il territorio nazionale, delle prestazioni di nuova introduzione e si supereranno le disomogeneità assistenziali tra i cittadini, i quali potranno finalmente usufruire di prestazioni al passo con le acquisizioni medico-scientifiche, ormai consolidate con effetti positivi in termini di contenimento della mobilità sanitaria.

Inoltre, l'entrata in vigore del decreto tariffe, e quindi l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, renderà uniforme in tutte le Regioni la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Tale uniformità favorirà il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali LEA attraverso il confronto diretto tra Regioni in termini di soddisfazione dei bisogni sanitari, di accessibilità ai servizi, di tempi di attesa e di appropriatezza delle prescrizioni. Al contempo, la piena efficacia del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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, disabilità. La sostenibilità economica appare essere l'aspetto più arduo; ma forse il problema centrale è la difficoltà, spesso irrisolta, di realizzare un percorso che risponda alle peculiari esigenze

di questi utenti, attraverso l'apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi e presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari. Rimanendo sul tema dei LEA, ritengo necessario avviare anche l'aggiornamento del piano nazionale della cronicità.

Altra misura che ritengo necessaria è quella volta a garantire la presa in carico e l'assistenza dei cittadini affetti da malattie rare. In questo campo con la recente istituzione del Comitato nazionale malattie rare, previsto dalla legge n. 175 del 10 novembre 2021 recante «Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani» ritengo sia da valorizzare 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.

Anche per quanto attiene alle cure palliative e alla terapia del dolore reputo prioritaria l'attività diretta all'elaborazione dei programmi triennali per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, per assicurare entro il 31 dicembre 2025 l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, che si attuerà mediante specifici obiettivi per ciascuna Regione e Provincia autonoma.

Investire sul piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza. Come noto, nel disegno di legge di bilancio, all'articolo 94, è stata autorizzata la spesa di 40 milioni al fine di attuare le misure del menzionato piano, allo stato all'esame della Conferenza Stato-Regioni per il parere, da me fortemente sostenuto. La resistenza agli antimicrobici, di cui l'antibiotico resistenza rappresenta certamente il fattore di maggiore rilevanza, è un fenomeno che nel tempo ha assunto i caratteri di una delle principali emergenze sanitarie globali.

Come sapete, in assenza di azioni efficaci, la resistenza agli antibiotici di seconda linea – le opzioni di riserva per le infezioni difficili da trattare – quasi raddoppierà tra i Paesi del G7, entro il 2030, rispetto al 2005. Francia e Italia sarebbero i Paesi maggiormente colpiti da questo fenomeno. È stato stimato che in Italia la resistenza agli antibiotici causerà quasi 15.000 decessi ogni anno, nel periodo tra il 2015 e il 2050: una quota che rappresenta circa un terzo dei decessi d'Europa. In particolare, in Italia circa una infezione su cinque potrebbe essere causata da batteri resistenti al trattamento antibiotico entro il 2030. Il nuovo documento, intitolato «Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025», in fase di approvazione, nasce con l'obiettivo di fornire all'Italia le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione *one health*, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale e facendo al contempo tesoro dei successi e delle criticità del precedente piano nazionale.

Rimanendo nell'ambito della prevenzione, non posso non fare riferimento alle iniziative per il Piano nazionale di prevenzione vaccinale nonché al Piano per le emergenze sanitarie, nel caso anche mediante un adeguato finanziamento per il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023. Quanto alle iniziative in ambito vaccinale, a livello nazionale è in corso di finalizzazione la revisione della bozza del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale, a seguito delle osservazioni delle Regioni e del gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni (*National immunization technical advisory group*). Auspico che in tempi brevi si possa avviare l'iter per la condivisione del piano in Conferenza Stato-Regioni. Il nuovo piano prevede il calendario vaccinale separato dal documento principale, in modo da poterne rendere più agevole l'aggiornamento in caso di modifiche delle schedule vaccinali e di inserimento di nuovi vaccini.

Con riguardo al Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, proseguirà lo sviluppo già avviato di sistemi informativi, per poter disporre di sistemi di allerta rapida, che possano identificare eventi inusuali o inattesi rispetto all'andamento stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti) e di sistemi informativi dedicati per il monitoraggio della domanda di servizi sanitari.

Quanto al Piano nazionale oncologico, come noto, esso è il documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro per il quinquennio 2022-2027 ed 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 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. Quanto al necessario finanziamento, avevo già tentato di proporre una specifica disposizione in legge di bilancio. Pertanto ribadisco, in questa sede, che è mia intenzione sostenere un emendamento per finanziare il piano con 10 milioni di euro per il 2023 e 10 milioni di euro per il 2024, per agevolare l'adozione dello stesso e la sua compiuta attuazione sul territorio. Inoltre, sempre con riferimento alle iniziative nazionali in campo oncologico, è mia assoluta priorità potenziare le azioni per la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'assistenza al malato oncologico, in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, *empowerment* e gradimento dei pazienti, tenendo conto anche delle potenzialità offerte dalla ricerca e dall'innovazione, tutto ciò a conferma della valenza strategica della prevenzione e della non più procrastinabile adozione del Piano oncologico nazionale (PON). Su questo, ribadisco quello che ho già detto più volte: la pandemia purtroppo ha fatto sì che siano saltati molti *screening* oncologici, molte visite di controllo e a volte anche le terapie più efficaci. Per

questo credo che dovremo aspettarci, nei prossimi anni, un incremento del numero e dell'incidenza delle malattie oncologiche e, probabilmente, anche una maggiore severità delle stesse. Questo credo sia un punto sul quale avere la massima attenzione.

Per quel che riguarda il personale sanitario, è sempre attuale la tematica della carenza dei medici e degli operatori sanitari, che va ormai inquadrata come emergenza del personale sanitario. La pandemia ha reso maggiormente evidenti le criticità, sia per quanto attiene al personale medico, sia per il personale delle altre professioni sanitarie. Al riguardo, il mio impegno sarà finalizzato alla rivalutazione del trattamento economico di chi opera nel Servizio sanitario nazionale. In tale direzione va la norma che ho fatto inserire in legge di bilancio, all'articolo 93, finalizzata a riconoscere, per le particolari condizioni del lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto operante presso i servizi di pronto soccorso, un incremento dell'indennità, con un impegno di spesa di 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni per la dirigenza sanitaria e 140 milioni per il personale del comparto sanità.

Il mio prossimo impegno sarà volto ad anticiparne la decorrenza al 2023 e a lavorare con le Regioni al fine di poter destinare, non appena sarà possibile, un maggior finanziamento per retribuire meglio tutti gli operatori sanitari. Ciò anche al fine di rendere maggiormente attrattivo il servizio prestato nel Sistema sanitario nazionale. Rimanendo sul tema del personale, occorre considerare che il Sistema sanitario costituisce un sistema particolarmente complesso che risente di una molteplicità di variabili in continuo mutamento, tra le quali lo sviluppo tumultuoso di conoscenze e tecnologie, una domanda sanitaria sempre più attratta verso la cronicità, il manifestarsi nel tempo di emergenze ed urgenze individuali e collettive.

Per sostenere le sempre nuove sfide che il Sistema sanitario nazionale si trova ad affrontare, un ruolo fondamentale è attribuito ai professionisti, che sono i principali attori e le leve del sistema. Nella consapevolezza della centralità delle risorse umane per lo sviluppo e il funzionamento dei servizi ospedalieri e territoriali sono pertanto necessari un impegno e un'attenzione costanti al capitale umano del Sistema sanitario nazionale. I professionisti del Sistema sanitario nazionale si trovano oggi ad operare in un contesto sempre più difficile. Infatti, il reiterarsi negli ultimi anni delle manovre finanziarie di contenimento della spesa e, in particolare, dei vincoli assunzionali, evidenti soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, ha finito per determinare nel tempo una grave carenza di personale che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro, rendendo sempre più difficile assicurare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure.

Le limitazioni al *turnover*, dettate da esigenze di contenimento della spesa, hanno finito nel tempo per avere importanti ricadute in termini di qualità del sistema, anche perché hanno ostacolato il passaggio di quella conoscenza esperienziale tra generazioni che dovrebbe caratterizzare il

rapporto lavorativo tra professionisti più anziani, con una lunga storia di impegno quotidiano in corsia, ed i giovani professionisti. Tali limitazioni hanno comportato, inoltre, un incremento di varie forme di precariato, con conseguente demotivazione dei professionisti e il concreto rischio che le prestazioni assistenziali vengano affidate a soggetti non sempre in possesso delle necessarie competenze.

La contrazione di risorse disponibili ha finito per generare, nel medio periodo, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture che, con riferimento soprattutto ad alcuni settori maggiormente critici, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi. Ecco perché punto alla rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del Servizio sanitario nazionale, ma anche ad una migliore organizzazione per far sì che il nostro Servizio sanitario nazionale sia sempre più attrattivo per gli operatori.

Negli ultimi anni, nonostante l'incremento progressivo delle risorse per i contratti di formazione medico specialistica, si è registrata una vera e propria fuga da alcune specialità, che sono diventate 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. Anche il mondo della sanità è coinvolto in questi processi e sempre più professionisti preferiscono non legarsi ad 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 il rischio che favoriscano, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari.

Occorre affrontare anche, in maniera sinergica – con il coinvolgimento di tutte le istituzioni competenti – il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del Servizio 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, derivante da ingaggi professionali spesso distribuiti contemporaneamente su più sedi, con conseguente mancanza di conoscenza da parte dei turnisti dell'organizzazione delle unità operative in cui svolgono le loro prestazioni per poche ore nell'arco di un mese.

Anche su questa complessa distorsione del sistema i NAS, previa intesa con il sottoscritto, hanno effettuato specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari, da cui sono emerse anche fattispecie di frode e inadempimento nelle pubbliche forniture, per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici in nu-

mero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'azienda sanitaria o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali sociosanitarie, gli operatori sociosanitari (OSS), e, infine, personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire.

Inoltre, è stata accertata la fornitura di medici da parte di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente – oggi 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.

Parallelamente si dovrà continuare ad agire sui vincoli di spesa che riguarda il personale per assicurare alle Regioni i necessari strumenti di flessibilità, in coerenza con le dinamiche di potenziamento degli organici già avviate per rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, anche con l'obiettivo di recuperare le liste d'attesa sensibilmente aumentate a causa della recente pandemia.

Passiamo quindi alla valorizzazione del rapporto di lavoro dei medici delle cure primarie. Per assicurare il rafforzamento strutturale delle reti territoriali occorrerà valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e degli altri professionisti del territorio, potenziando le risorse umane dedicate, con l'obiettivo di garantire l'appropriata presa in carico dei bisogni di salute connessi in particolare all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità. Sarà pertanto necessario lavorare, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder*, per realizzare appieno le opportunità offerte dalle risorse del PNRR, garantendo un'assistenza capillare, attraverso le reti di prossimità, e realizzando la piena integrazione dei professionisti nell'ambito di *team* multidisciplinari, per alleggerire la pressione sul pronto soccorso e sugli ospedali ed offrire ai cittadini in maniera accessibile e immediata i servizi di cui necessitano.

Quanto al finanziamento del Fondo sanitario nazionale, segnalo che nonostante la situazione economica complicata a causa del *post* pandemia, della guerra in Ucraina e della crisi energetica, la manovra destina alla sanità 2 miliardi e 150 milioni in più per il 2023, 2 miliardi e 300 milioni in più per il 2024 e 2 miliardi e 600 milioni in più per il 2025, rispetto a quanto previsto. Assistiamo così, anche in tempi di necessaria revisione della spesa, ad una chiara inversione di tendenza, considerando che dal 2013 al 2019 il fondo sanitario è sempre stato defianziato da tutti i Governi che si sono succeduti in quegli anni. Anche nel 2020, 2021 e 2022 il livello dell'incremento è stato nel primo anno superiore, legato alla pandemia, ma poi è sempre stato inferiore a quello registrato nell'ultima manovra di finanza pubblica.

Mi soffermo quindi sul finanziamento a favore della ricerca sanitaria. Con riferimento al tema cruciale della ricerca sanitaria, si ricorda che nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, in attuazione della Missione 6 «Salute» sono stati previsti i bandi 2022 (262 milioni) e 2023 (anch'esso per

262 milioni) sulle tre tematiche «Malattie rare e tumori rari», «Malattie croniche non trasmissibili, ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali» e «*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 le convenzioni, effettuate le verifiche previste dalla normativa e avviate le procedure di monitoraggio. Confermo che è mia intenzione proseguire le iniziative già avviate in tale senso.

Inoltre, nel piano nazionale per gli investimenti complementari (che vede 105 milioni nel 2022, 115 milioni nel 2023 e 84 milioni nel 2025) è stata prevista la costituzione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico, di tre *hub* di *life science*, in materia di terapie avanzate, diagnostica avanzata e *digital health* per la medicina di prossimità, nonché del *biohub* antipandemico necessario a promuovere e coordinare la ricerca di alto profilo, anche in funzione dello sviluppo di contro-misure mediche e della produzione preindustriale di nuovi vaccini e anticorpi monoclonali contro infezioni emergenti e pandemie. Queste strutture avranno un ruolo fondamentale laddove dovessero ripresentarsi emergenze pandemiche affinché l'Italia non si trovi impreparata in simili evenienze.

È necessario poi puntare sulle farmacie dei servizi. Le farmacie, con la loro capillare diffusione su tutto il territorio nazionale (anche nelle aree rurali e disagiate), rappresentano un punto di riferimento per la collettività e per il Servizio sanitario nazionale, costituendo spesso il presidio sanitario più prossimo per i cittadini. Nel corso della gestione della recente fase pandemica, le farmacie hanno garantito un indispensabile servizio a tutela del diritto alla salute dei cittadini. È mia intenzione sostenere e promuovere ogni iniziativa che, in modo sistematico e a regime, possa consentire alle farmacie di erogare i servizi da mettere a disposizione del pubblico, in modo che tutta la popolazione possa trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. In tale direzione va vista la disposizione di cui all'articolo 95 del disegno di legge di bilancio per il 2023, ma ritengo che ormai i tempi siano maturi per rivedere a regime il sistema di remunerazione delle farmacie e dell'intera filiera, che da anni deve essere aggiornato.

Quanto poi all'implementazione dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta sistematica, l'elaborazione e l'analisi dei dati sanitari da parte del Ministero della salute, nell'ottica del potenziamento della digitalizzazione in ambito medico e sanitario, la digitalizzazione dei sistemi sanitari è una parte fondamentale della strategia della Commissione europea per responsabilizzare i cittadini e costruire una società più in salute. In questo contesto, la Commissione europea ha stabilito le priorità per trasformare digitalmente il sistema sanitario in un mercato unico digitale e mettere i cittadini dell'Unione europea al centro di questo. I dati sono ormai riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale nel settore sanitario e i cittadini devono essere in grado di accedere ai propri dati e condividerli ovunque nell'Unione europea. Inoltre i

dati sanitari sono di rilevante importanza per la promozione della ricerca, della prevenzione delle malattie, dell'assistenza sanitaria personalizzata e dell'accessibilità degli strumenti digitali per un'assistenza centrata sulla persona. Al fine di garantire che l'Unione europea consegua i suoi obiettivi di una trasformazione digitale conforme ai suoi valori, gli Stati membri hanno concordato, l'11 maggio scorso, un mandato negoziale relativo al programma strategico per il 2030 dal titolo «Percorso per il decennio digitale» e, tra gli indicatori di digitalizzazione da raggiungere, è previsto il 100 per cento di disponibilità *online* dei fascicoli elettronici sanitari per tutti i cittadini dell'Unione.

In questo contesto si inserisce l'investimento del PNRR per il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico che, come noto, è stato istituito dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, profondamente modificato negli ultimi anni, e che è definito come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario, generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private. L'investimento proposto nel PNRR, in linea e in sinergia con le azioni in corso dal 2012, intende realizzare l'evoluzione, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, perché possa realmente diventare omogeneo a livello nazionale e affinché sia: un punto di accesso per gli assistiti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal Sistema sanitario nazionale; una base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee, che includeranno l'intera storia clinica del paziente; uno strumento per le Regioni e le ASL, che potranno utilizzare le informazioni cliniche del fascicolo sanitario elettronico per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

L'investimento del PNRR prevede: la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e delle 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 la compatibilità dei dati; il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma del fascicolo sanitario elettronico e il supporto in termini di capitale umano e di competenze per realizzare i cambiamenti necessari per l'adozione del fascicolo sanitario elettronico.

Per quel che riguarda le iniziative in tema di revisione e riordino degli enti vigilati, vi è da dire che il tema degli enti vigilati è sempre attuale e richiede periodici interventi di adeguamento delle relative strutture alle esigenze e all'evoluzione delle funzioni che gli stessi enti sono chiamati ad assolvere. Partendo da questo contesto, si può valutare ed apprezzare l'iniziativa di revisione dell'ordinamento dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), la cui organizzazione risale a circa venti anni fa, per cui era or-

mai maturo il tempo per intervenire e sanare l'anomalia di sistema che vedeva il presidente dell'Agenzia privo dei poteri di rappresentanza legale dell'ente. Seguiranno altri interventi finalizzati ad attuare in maniera più organica una revisione del panorama degli altri enti vigilati.

Un'ulteriore tematica di rilievo, che va promossa e sostenuta, riguarda tutta la materia della sperimentazione dei medicinali e dei comitati etici. Intendo avviare un approfondimento sul vigente regime ed è mia intenzione velocizzare l'adozione dei decreti in materia di sperimentazione, previsti dall'articolo 2 della legge n. 3 del 2018.

Concludo, segnalando che è mia intenzione portare a compimento entro l'anno il processo di riforma degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), il cui decreto legislativo è alle ultime battute, ricordando che il progetto è inserito nell'ambito delle misure previste per l'attuazione del PNRR.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro, la cui esposizione, per quanto mi riguarda, è stata particolarmente esauriente. Credo di poter dire che sono state prese in considerazione tutte le emergenze che abbiamo consapevolezza di dover affrontare nel più breve tempo possibile. Ci sono, nel suo intervento, che ho ascoltato con molto interesse, riforme di «pronto intervento» – le definirei così – e riforme di sistema, che sono certamente le più difficili e sulle quali fin da adesso garantisco al Ministro la massima collaborazione della Commissione, nel momento della condivisione delle decisioni e delle scelte programmatiche.

L'obiettivo che mi sento di sottoporre all'attenzione del Ministro, ma sono certamente consapevole di proporre un «doppione» rispetto alle sue affermazioni, è quello di procedere rapidamente a metter mano all'emergenza del personale sanitario, a tutti livelli, ivi compreso il comparto. Questo è ciò che, in combinato disposto con i due anni di pandemia e con le liste di attesa che abbiamo trovato prima dell'emergenza pandemica, crea un sentimento non dico di diffidenza, ma di perdita di fiducia nei confronti del sistema sanitario nazionale, che obiettivamente non risponde alla realtà dei fatti, perché il nostro sistema sanitario nazionale è universalistico ed è un modello anche per altri Paesi. Ciò non corrisponde, soprattutto, all'impegno che hanno messo tutte le professioni sanitarie nel momento della pandemia e che ancora oggi stanno mettendo, per smaltire l'enorme carico di prestazioni sospese, con grande dispendio di energie, di disponibilità, di tempo e ovviamente di professionalità: vediamo infatti una grande prestazione di ottime professionalità. Tutto questo si va ad accumulare ai difetti, che conoscevamo e che abbiamo sempre rimarcato, del nostro sistema universalistico, che ancora oggi presenta delle disparità nella somministrazione dei livelli essenziali di assistenza, che non sono più giustificabili.

Signor Ministro, ha perfettamente consapevolezza della difficoltà del lavoro che le spetta; per quanto possibile, la Commissione sarà sempre disponibile a dare il supporto di competenza e di conoscenza della materia, anche perché il parlamentare è il punto di trasmissione tra le attività del

Governo e il cittadino che in questo caso è un po' più che cittadino perché è un cittadino paziente. Non so quale sia l'origine dell'attribuzione al malato del termine «paziente»; l'ho cercata, ma non l'ho trovata. Penso comunque che oggi chi è portatore di un bisogno di cura abbia veramente poca pazienza; forse sarebbe più corretto chiamarlo semplicemente fragile o malato.

Ringrazio quindi il Ministro e ribadisco che la Commissione, per quanto possibile, è a sua disposizione.

Cedo quindi la parola ai colleghi che intendono intervenire.

ZULLO (*Fdi*). Signor Presidente, ringrazio il signor Ministro soprattutto per aver dato una dimostrazione plastica della capacità di aver assunto una visione globale dei problemi della nostra collettività e di avere ben chiare le possibili soluzioni e come costruire delle risposte che possano dimostrarsi efficaci.

Vorrei partire dall'inizio della sua esposizione, Ministro, e quindi dalla cronicità e da tutti gli obiettivi del PNRR, che evidentemente attengono al problema vero della nostra Nazione: l'invecchiamento della popolazione e la necessità di invecchiare con autosufficienza, senza essere dipendenti. Per questo lei giustamente ha detto che occorre potenziare la promozione della salute, gli stili di vita e la prevenzione, cioè tutti gli aspetti della prevenzione che va dalla pratica vaccinale, di cui si sta occupando, fino ad arrivare alla prevenzione secondaria e alla diagnosi precoce; di qui il suo riferimento al piano oncologico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori. Tutto questo dentro un'aspettativa grande che tutti noi abbiamo e cioè la qualità dell'assistenza e della ricerca, l'appropriatezza delle cure, la costruzione di percorsi, la diagnosi protetta per non abbandonare un paziente tra un *setting* assistenziale e un altro: un insieme di corollari che attengono all'assistenza che lei ha ben collegato. Mi riferisco cioè al potenziamento della ricerca e soprattutto al suo riferimento ai comitati etici e alla ricerca sperimentale sui farmaci.

Ministro, mi permetto di dire che noi dobbiamo avere una proprietà pubblica anche degli esiti che non vanno a buon fine. Molto spesso infatti noi conosciamo il buon fine di una ricerca, mentre resta sconosciuto l'esito non favorevole, che invece è molto importante per poter poi avanzare anche su altri approfondimenti della stessa ricerca.

Per quanto riguarda il decreto ministeriale n. 70 del 2015, lei ha ragione, bisogna fare un tagliando sul decreto, non solo riguardo ai punti nascita. Credo infatti che nella riorganizzazione del decreto ministeriale n. 70 sia mancato, in primo luogo, il raccordo tra ospedale e territorio, che è invece molto importante e, in secondo luogo, la costruzione delle reti di assistenza, che non risultano ben delineate nei nostri percorsi assistenziali. I LEA vanno certamente rivisti perché emergono delle patologie nuove cui mai avremmo pensato. Ad esempio, guardando all'autismo, pensavamo che fossero tutti ritardi mentali ed invece ci stiamo rendendo conto di altre patologie che emergono e che costituiscono delle punte di *iceberg* perché c'è un sommerso di cui noi dobbiamo farci carico.

Bene per le malattie rare e per le cure palliative. A questo riguardo, Ministro, sul discorso del piano oncologico, credo sia necessario accendere un *focus* di riflessione sulla necessità di un'assistenza psicologica alle persone fragili in alcune situazioni. Molto spesso infatti siamo portati a medicalizzare e quindi ad indagare, consumando delle risorse, disagi che attengono soprattutto a un supporto psicologico. Ciò accade in particolare nel tempo di oggi in cui siamo presi da *stress* relazionali derivati, ad esempio, da perdita del lavoro o da problemi economici e così via. Si continua ad indagare quando invece si tratta di patologie psicosomatiche che ben potrebbero avere un supporto psicologico.

Per quanto concerne il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, Ministro, io sono contento di quello che è stato fatto con la manovra di bilancio. Sono contento soprattutto se tento di collegare i diversi articoli del provvedimento, senza guardare solamente la parte della sanità. È chiaro, ad esempio, che ciò che si fa per il cuneo fiscale si riversa sui lavoratori della sanità. La dotazione finanziaria attribuita per l'igiene e la sicurezza alimentare è qualcosa che poi ritorna in termini di beneficio anche nella sanità.

C'è poi da valutare un altro aspetto e comprendere che noi siamo di fronte a bisogni che sono infiniti e risorse che sono finite. Deve esserci allora una capacità nostra di collegare le due esigenze. Il loro collegamento deve portarci a capire che l'organizzazione del Servizio sanitario deve essere flessibile, nel senso che quando lei parla di innovazione tecnologica, introduzione della telemedicina e innovazione farmacologica, che apportano dei miglioramenti, dobbiamo essere capaci però di agire sull'organizzazione per recuperare e razionalizzarne le risorse per poter sostenere una spesa tanto importante. Anche io sono medico, come lei, e ricordo che quando studiavo l'ulcera gastrica, mi dicevano che bisognava fare la gastrectomia; l'innovazione farmacologica oggi ha portato a qualcosa di straordinariamente importante.

Vorrei quindi soffermarmi sulle farmacie. È un discorso importante perché noi con le case di comunità potremmo rischiare di perdere di vista la prossimità delle cure, che è importante soprattutto in una popolazione anziana. Fortificare allora il servizio delle farmacie è importante, però dobbiamo anche qualificare questo tipo di intervento e comprendere che per alcune situazioni gli atti sono di natura e di professionalità medica e quindi dobbiamo stare attenti a quello che facciamo.

Vorrei soffermarmi inoltre sul problema della medicina penitenziaria, delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Anche qui, Ministro, diventa molto importante l'apporto della telemedicina. Pensi a quante forze e risorse vengono messe in campo per poter trasferire una persona detenuta, per poter fare un accertamento, mentre magari potremmo farlo da remoto e agire secondo questi aspetti.

Per il resto voglio interpretare il pensiero di tutto il Gruppo che rappresento in questa Commissione e dirle che siamo soddisfatti della visione che lei ha dato della presa in carico di tutta la difficoltà del momento. Una difficoltà forte è quella che riguarda il personale di cui parlava il Presi-

dente; corriamo il rischio infatti che nel 2026 potremmo avere le case e gli ospedali di comunità, ma non avere il personale per farle funzionare. Penso allora che qualcosa si debba fare per intervenire sul rapporto esclusivo o sull'età di pensionamento, valorizzando soprattutto il lavoro per obiettivo e non per orario di lavoro. Abbiamo la necessità di dare risorse e forza lavorativa anche a quei settori che appartengono al sociosanitario e all'integrazione sociosanitaria. E quando si parla di integrazione sociosanitaria non ci si deve limitare a citare un termine, che molto spesso è fallace nei territori perché non c'è un vero dialogo tra aziende e comuni.

Per il resto, le auguro buon lavoro – ne ha tanto da fare – ribadendo la totale disponibilità del mio Gruppo in questa Commissione.

ZAMPA (*PD-IDP*). Signor Ministro, anzitutto la ringrazio di questa dettagliata relazione sulle linee guida che ci ha presentato. La ringrazio altresì per avere voluto confermare sin da subito la sua volontà di un confronto costante tra l'Esecutivo e il Parlamento. A tal proposito, mi permetta una battuta: l'emendamento che riforma l'AIFA non va esattamente in questa direzione; speriamo che cambi il modo di confrontarsi, perché, per essere corretti, bisogna relazionarsi in due.

La ringrazio infine per avere voluto sottolineare che il Ministero nel suo programma di lavoro prevede l'attuazione della riforma del decreto ministeriale n. 77 del 2022 e la volontà di riorganizzare e potenziare la medicina del territorio.

Vorrei partire da alcune questioni e farle anche qualche domanda di approfondimento o chiarimento.

In riferimento al tema delle risorse, lei ha espresso tutte le sue preoccupazioni in merito alla necessità di garantire alle Regioni le risorse necessarie soprattutto quando verranno meno quelle destinate al PNRR. A questo riguardo mi sembra di averla sentita esprimere una qualche preoccupazione per la carenza e il funzionamento delle case di comunità, ma vorrei ricordare – come sicuramente è noto – che il PNRR non ha mai inteso investire nella spesa corrente né avrebbe potuto farlo. Voglio altresì ricordare che il PNRR rappresenta l'investimento più alto sulla sanità territoriale degli ultimi trent'anni, quindi si tratta di uno sforzo straordinario che consente di portare a casa molte risorse da destinare a questo ambito. Anzi, voglio sottolineare, che la maggior parte delle risorse che il PNRR destina alla sanità va proprio alla sanità territoriale. Questo a riprova del fatto che certamente bisogna partire dalla medicina territoriale, quindi anche dalla capacità di vicinanza e di risposta ai bisogni di salute e di sanità dei nostri cittadini, rispetto alla quale ci auguriamo possa davvero avvenire un cambio di passo.

Riguardo alle case di comunità vorrei chiederle una rassicurazione ulteriore. Certamente le è noto che c'era un accordo sostanziale sulle case di comunità, che sono davvero un elemento cardine della risposta ai bisogni delle persone e possono diventare una straordinaria opportunità per i cittadini italiani di vedere accolti i propri bisogni e anche di vederli presi davvero in carico nei loro percorsi di salute. Ebbene, è evidente che ciò

che conta all'interno di queste strutture è la presenza del personale; però, più che sentire obiezioni, vorrei capire di più rispetto a un accordo sostanziale che era pronto e che ha anche impiegato tempo ad arrivare ad essere messo a punto, perché è stato condotto proprio in un confronto serrato importante e approfondito con le organizzazioni e in particolare, ovviamente, con i medici di famiglia. Allora, essendo tutti noi consapevoli e tenendo conto che sono davvero i medici di famiglia l'elemento sostanziale per fare funzionare le case di comunità, vorrei chiederle anche se si intenda riprendere quell'accordo, farlo marciare e fare in modo che, nel momento in cui le case di comunità verranno davvero portate a termine, cominci all'interno di queste strutture un'intensa attività.

Lei giustamente ha sottolineato il problema della carenza di risorse. Credo di non doverlo dire io, perché lei, conoscendo anche da professionista il mondo della salute, certamente sa che ci sono risparmi straordinari che possono venire dal risparmio in termini economici ma anche dal rispetto e dal riconoscimento di ruolo di chi lavora nel pronto soccorso.

Ci sono studi che dimostrano che dove – come in Emilia Romagna – le case della salute, che sono l'anticamera delle case di comunità, funzionano bene, il pronto soccorso alleggerisce enormemente il proprio carico. Quello è, per esempio, un modo non solo per risparmiare ma anche, secondo me, per restituire la centralità di ruolo.

Vado alle questioni di questi giorni. Visto che si è ritenuto di non rendere più pubblici i dati quotidiani sulle infezioni da Covid, mi piacerebbe conoscere in modo più dettagliato come sta andando in questo momento la vaccinazione della dose *booster* per i fragili. In particolare, a questo riguardo, mi piacerebbe sapere quali obiettivi – ed entro quali tempi – il Ministero intenda darsi per fare in modo che chi è in condizioni di malattia cronica o comunque rientra nella categoria della fragilità possa davvero essere raggiunto dalla dose *booster*.

In questi giorni ho avuto incontri anche con direttori di aziende sanitarie e chi finisce ricoverato in ospedale in questo momento è quasi sempre una persona magari in condizioni di fragilità, ma che non ha fatto la dose *booster*. Mi pare di poter dire che non vedo una grandissima campagna di informazione a questo riguardo. Allo stesso modo, in riferimento alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, le chiedo come pensiamo di affrontarla.

È evidente che l'emergenza-urgenza è già sotto una pressione straordinaria, ma mi domando a questo punto, in relazione ai prossimi giorni, visto che è prevista un'esplosione dell'influenza che arriverà a un picco – si ritiene – intorno a Natale, se stiate predisponendo un piano per rafforzare l'emergenza-urgenza nell'immediato.

Lei ha giustamente sottolineato le difficoltà strutturali che stanno accompagnando tutto il settore – e al riguardo tornerò anche sul tema delle risorse – ma c'è anche un problema contingente, oltre che strutturale, che è davvero dietro l'angolo.

Vengo alle risorse. Credo che, forse anche perché nella mia prima vita mi sono occupata di storia contemporanea, sia giusto lasciare correttamente i dati alla storia.

Nel triennio che parte dal 2019, il fondo da 114 miliardi (dato del 2019) è passato a 128 miliardi: questo è lo stato dell'arte. Credo che da qui si debba partire.

Lei ha indicato, come abbiamo letto nella manovra di bilancio, una cifra superiore ai 2 miliardi, di cui però non possiamo nasconderci che almeno un miliardo e mezzo andrà a coprire le spese per i costi energetici. Aggiungo, signor Ministro, anche se non è responsabilità certamente di nessuno se non della contingenza internazionale, che c'è un tasso di inflazione impressionante. Anche qui basta una conversazione con un direttore di azienda sanitaria per scoprire che stanno rivedendo tutti i contratti e che questi contratti stanno aumentando in modo spaventoso, mettendo sotto pressione bilanci già non sempre semplicissimi. In passato chi l'ha preceduta più volte ha dovuto mettere mano non solo con aumenti in manovra finanziaria, ma in realtà anche con interventi straordinari di finanziamenti che sono andati alle Regioni (sono sicura che sono stati almeno tre, che sono stati portati a termine), per coperture di extra costi. Si tratta di certo almeno di un miliardo in più. In questo momento non crede e non pensa che sarebbe necessario immaginare che tutto ciò che andrà destinato ai costi energetici non debba essere considerato come in realtà un investimento sulla sanità? È evidente infatti che se di 2,2 miliardi di euro, 1,5 miliardi se ne vanno per coprire i costi energetici, mi pare che resti veramente molto poco.

Avevamo letto che l'investimento sugli operatori e i professionisti del pronto soccorso e dell'emergenza si sarebbe fatto nel 2024, ma invece lei lo anticiperà al 2023, se ho capito bene; apprezzo molto che si vada in questa direzione.

Per quanto riguarda la questione della riorganizzazione del Ministero, a cui lei non ha fatto riferimento, non l'ho sentita minimamente accennare alla questione dell'integrazione sociosanitaria (un tema molto importante e delicato che a me personalmente sta molto a cuore, ma non credo solo a me) e della salute mentale. Non ho sentito parlare di un piano per la salute mentale, eppure tutti noi che siamo qui, maggioranza e opposizione, siamo tutti perfettamente consapevoli che siamo usciti dalla pandemia da Covid, scoprendo non solo tutte le fragilità del sistema, ma anche l'enorme bisogno che c'è da questo punto di vista. Non scendo nei dettagli, le basti però il fatto che è stata addirittura approvata una misura straordinaria come quella del bonus. Penso che questo Paese avrebbe bisogno di un grande investimento sulla salute mentale su un piano strutturale importante, che vada di nuovo a sostenere i dipartimenti di salute mentale, intervenendo nelle integrazioni con i professionisti. Sul punto mi piacerebbe ascoltare qualcosa di più di quello che lei oggi non sia riuscito a dirci.

Bene naturalmente l'attenzione alla questione del recupero, importantissimo, delle liste di attesa. Siamo tutti molto consapevoli dei bisogni che ha il nostro Paese, ma raccomanderei anche, come le ho detto, un piano

che oltre che sulle questioni strutturali, vada anche a intervenire in questo momento sull'emergenza. Abbiamo letto con grande preoccupazione la questione della pediatria, della scarsità di risposta da parte dei pediatri di libera scelta, dell'assalto al pronto soccorso. In questo momento mi hanno appena scritto dalla mia città circa gli accessi al pronto soccorso. Le case di comunità potrebbero in grande misura ridurre tali accessi nei prossimi anni. Bisogna crederci, però, e le confesso, me lo lasci dire, che ho sentito troppe obiezioni. Essendo molto pragmatica nella mia «emilianità», ritengo che prima si fanno le cose e poi si prova a capire se esse funzionano bene o meno. Cominciare a criticarle prima ancora che siano state realizzate, come ascoltato in interviste e dichiarazioni, si chiama «profezia che si autoavvera»; questa secondo me non è una buona strada e rischia anche di farci perdere risorse molto importanti e preziose, che sono quelle del PNRR.

So che avremo incontri in futuro e mi aspetto che lei dia qualche risposta alle questioni che le ho sottoposto. La ringrazio del suo intervento e della sua disponibilità.

PRESIDENTE. Il Ministro resterà con noi un'altra mezz'ora ed ovviamente lo ringraziamo per la grande disponibilità. Svolti i due interventi iniziali, in perfetta *par condicio*, temo però che i prossimi interventi dovranno essere un po' più sintetici. Vi ringrazio di questo.

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per il suo intervento. Finalmente abbiamo un Ministro della salute competente che, soprattutto, ha una visione a 360 gradi. Non è detto infatti che un medico abbia una visione così completa come quella illustrata dal Ministro nelle sue linee guida. È importante avere questa visione proprio per contrastare le problematiche emerse in pandemia e che naturalmente devono essere risolte nel più breve tempo possibile, partendo soprattutto dalle liste d'attesa, una problematica importante che il Ministro ha toccato.

Arrivo subito alle domande per il Ministro, così non perdiamo tempo.

Una particolarità riguarda l'ultima parte, quella sul fascicolo sanitario elettronico. È assolutamente importante e ha sottolineato due concetti fondamentali: omogeneità a livello nazionale, in modo che si possa effettuare visite o prestazioni sanitarie ovunque sul territorio, i medici competenti possano vederle e i dati possano essere sfruttati per la ricerca e l'interoperabilità dei sistemi, cosa assolutamente importante. Una domanda fondamentale concerne proprio questo punto. L'interoperabilità dei sistemi è importante per consentire la collaborazione con i medici di medicina generale perché molto spesso è il medico stesso che conosce il paziente. Egli conosce, per esempio, le sue allergie e se io devo intervenire in caso di emergenza, non posso conoscere le informazioni che risiedono sul computer del medico generico e che non sono scritte nel fascicolo sanitario elettronico. La mia domanda è dunque riferita all'interoperabilità con i medici generici e gli specializzandi ambulatoriali.

L'altra domanda riguarda in particolare la sua intervista 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?

Queste sono le mie domande, ne avrei tante altre, ma lascio la parola ai colleghi.

PIRRO (M5S). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per la sua illustrazione. Devo dire che, come spesso capita in sanità, molte questioni sono pienamente condivisibili anche da parte nostra. Il Ministro ha fatto un po' il riepilogo del capitolo sanità relativo al PNRR, su cui non possiamo che essere d'accordo, visto che sono fondi che arrivano dal Governo Conte II e dunque da un lavoro realizzato quando eravamo maggioranza. Se lei decide di andare in continuità su tutta quella parte, non possiamo che concordare con lei.

Ci sono, tuttavia, preoccupazioni circa difficoltà che lei, giustamente, da persona addentro al sistema sanitario, conosce benissimo, visto che ha parlato di problemi del personale; arriverò anche ai medici, ma mi fermo prima sulle altre professioni sanitarie.

Ha ragione: abbiamo un problema di attrattività di queste professioni, che vanno rese più appetibili per i nostri giovani, altrimenti, nei prossimi anni, assisteremo a ciò a cui abbiamo già assistito, per esempio, con i posti di formazione nelle scuole di infermieristica che non vengono coperti del tutto e rimangono deserti. Sento parlare di abolizione del numero chiuso quando in realtà non copriamo neanche i posti disponibili.

Questo dovrebbe portarci in due direzioni: anzitutto a migliorare sulla stabilizzazione dei precari, per esempio, perché non possiamo lasciare il nostro personale con contratti a termine, sempre nell'incertezza del rinnovo; il che sottopone a grande *stress* ed è una delle cause di quei licenziamenti o comunque delle diserzioni di cui parlava prima.

La mancanza di attrattività della professione concerne anche il fatto che non ci sono sbocchi di carriera, perché non si vede un'evoluzione della carriera per il futuro, né gratificazioni; ci sono problemi di benessere lavorativo per il sovraccarico. Il rapporto tra professionisti della sanità e pazienti nel nostro Paese è decisamente più sbilanciato che in altri Paesi europei, quindi, di sicuro concordiamo con lei che vada realizzato un grosso piano sul personale sia in termini di assunzioni sia di miglioramento delle retribuzioni, ma anche di prospettive di carriera. Lo stesso discorso vale ovviamente per i medici che fuggono. A questo riguardo lei ha toccato un tasto veramente importante.

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.

Provegno da una Regione che ha sicuramente diversi problemi: abbiamo medici di pronto soccorso assunti a tempo indeterminato che si li-

cenzano 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 nel tetto del personale si dovrebbero includere anche le spese per il personale esternalizzato, perché se quella 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 sono dedicati alle spese dell'energia.

Il fondo sanitario nazionale scende di nuovo al di sotto della soglia che per noi era la minima decorosa per un Paese civile: il 7 per cento del PIL. Puntavamo a spingere per arrivare all'8 per cento e invece stiamo scendendo di nuovo, proiettandoci, nei prossimi anni, verso il 6 per cento. Ciò non è accettabile e testimonia il fatto che non abbiamo imparato assolutamente nulla dalla pandemia.

Sempre in riferimento al personale, oltre a quanto già detto, va anche rivista, forse, la distribuzione dei carichi di lavoro tra le varie figure che sono parte attrice del nostro Sistema sanitario nazionale; magari potremmo trovare una rimodulazione che dia anche un po' di respiro al carico che in questo momento sembra sbilanciato sulle spalle di una sola figura professionale.

Gli spunti sono tanti; prenderò ancora pochi minuti per due aspetti che ritengo importantissimi: anzitutto le diseguaglianze tra Nord e Sud. Secondo noi ci sarebbe da mettere mano al Titolo V della Costituzione, ma so che per una parte dei colleghi in quest'Aula non è un tema affrontabile.

Lei ha citato le terapie avanzate, rispetto alle quali c'è un intergruppo di cui fa parte anche il Presidente. C'era la promessa, da parte del Ministro precedente, di farsi parte attiva per l'istituzione di un tavolo con il MEF per spostare quella voce dalla spesa corrente sulla spesa per investimenti; mi auguro che lei voglia proseguire in questa interlocuzione che riteniamo fondamentale.

Ciò che secondo noi manca in questa legge di bilancio, al di là di tutte le giustificazioni possibili in relazione al poco tempo per scriverla e tutto quello che vuole, sono elementi fondamentali. Anzitutto il rifinanziamento per le liste d'attesa, rispetto al quale mi auguro che ci siano interventi mirati, perché non si può pensare di caricare tutta la spesa sulle tasche dei cittadini che si rivolgono al privato: non depotenziamo il Sistema sanitario nazionale pubblico a favore di quello privato!

Ancora, manca il finanziamento dei vari piani: cronicità, Alzheimer, piano oncologico. Non c'è niente di specifico; secondo noi vanno finanziati esplicitamente e va vincolata la spesa delle Regioni in questi ambiti.

Ha parlato di decreto tariffe: non ho capito se c'è già una data per l'entrata in vigore. Siamo già in ritardo di cinque anni, non abbiamo an-

cora i LEA aggiornati effettivamente a quelli di cinque anni fa e c'è già un'urgenza per un nuovo aggiornamento, perché lei sa meglio di me che ci sono tante nuove patologie e richieste da parte delle associazioni dei malati per l'inserimento di moltissime novità nei LEA. Non sto a fare l'elenco; mi auguro che avremo modo in futuro.

Non mi dilungo ulteriormente, anche se ci sarebbe molto altro da aggiungere.

PRESIDENTE. Colleghi, per evitare di diffondere notizie poco rispondenti al vero consiglio magari – il mio è davvero un consiglio, mi prendo una piccola libertà – di giudicare la dotazione del fondo sanitario nazionale in valore assoluto. Se, infatti, la giudichiamo in proporzione al PIL e consideriamo il PIL del periodo Covid, altro che 7 per cento!

In realtà questa legge di bilancio rimette sulla sanità 2 miliardi di euro, come ha spiegato bene il Ministro; se si ragiona in percentuale sul PIL non si parla di dati reali.

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Signor Ministro, proprio nel solco di quanto ci ha magistralmente esposto, ho in fase di avanzata elaborazione due disegni di legge che ho atteso a pubblicare perché, sapendo di questa audizione sulla presentazione delle linee programmatiche, volevo avere conferma che vi fosse condivisione sulla necessità di revisionare la normativa del 1992 sull'emergenza-urgenza e per l'effettivo potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria.

Quanto al riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, è da tempo che me ne occupo.

Lo scorso anno c'è stato, a Riva del Garda, un convegno a rilevanza nazionale che si è concluso con la cosiddetta Carta di Riva, che ha recepito la quasi totalità delle proposte che avevo immaginato; mentre per la medicina territoriale ho avuto di recente un confronto con i sindacati maggiormente rappresentativi e anche in questo caso ho registrato un apprezzamento abbastanza diffuso.

I tempi oggi non consentono di andarle a esporre, ma, vista la sua presentazione, mi pare che siano in linea, e questo mi fa ritenere che sia giusto avere un'interlocuzione con chi del Ministero si occupa del *dossier* per confrontarsi sui dettagli e valutare financo di contribuire, con la partecipazione della Commissione, all'istruttoria dell'atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN al fine di accelerare i tempi di attuazione.

Anche con riguardo al riordino degli IRCCS potrebbe essere utile un approfondimento che valuti, tra l'altro, l'effettiva possibilità, da parte dei direttori scientifici degli IRCCS pubblici, di esercitare l'insegnamento universitario, perché se uno è bravo, è bravo, e bisogna, dal mio punto di vista, saperne cogliere le peculiarità a beneficio di tutti.

MAZZELLA (*M5S*). Signor Ministro, la ringrazio per la sua relazione molto lunga e molto esaustiva. Vorrei affrontare un tema da un punto di vista complessivo e farle solo una domanda per sapere se lei è

d'accordo su una programmazione di lunga durata, nulla di complesso, una visione che possiamo avere e condividere con tutti i colleghi della Commissione.

Attualmente, quasi tutta la spesa del Servizio sanitario nazionale è ripartita fra la prevenzione terziaria e secondaria. Sulla prevenzione secondaria, ad essere sincero, parlando di cure territoriali – qualcosa che ci interessa – mi trovo assolutamente d'accordo sul fatto che la cura vicino casa è fondamentale. Non si parla però della prevenzione primaria e, quindi, della prevenzione in assenza di malattia, dal punto di vista delle risorse e della distribuzione. Venendo dalle associazioni e dal campo degli *stakeholder* delle malattie rare, sostanzialmente ho assistito ad una discussione con i ministeri, che si è evoluta nel tempo (per decine di anni), in cui non si voleva riconoscere il valore dei costi indiretti che ricadono su tutte le malattie rare e croniche per l'assenza dal mondo del lavoro, posti di lavoro che vengono a mancare, invalidità e inabilità, che invece hanno un valore consistente che può essere addirittura calcolato. Per esempio, per le malattie rare abbiamo una centralizzazione dei dati presso l'Istituto superiore di sanità con un database che ci consente di conoscere la distribuzione epidemiologica delle malattie rare nelle varie Regioni, la loro incidenza e prevalenza, consentendoci così di destinare le risorse in modo più adeguato. Se il fine ultimo della programmazione e della sua visione è volto ad andare oltre l'oggi, quindi l'attuale, credo che bisognerebbe adesso cominciare a ripartire i fondi in un modo completamente diverso e quindi non ripartirli solo procapite ma, in tutte quelle condizioni dove è possibile farlo, ripartirli con criteri diversi che poi lei potrà sicuramente scegliere ed effettuare, come credo sia suo compito e sua funzione.

Per quanto riguarda il campo delle malattie rare, le ricordo che lei ha segnalato, oggettivamente, la costituzione del comitato come primo decreto attuativo. Il comitato si esprimerà sul Piano nazionale malattie rare che è anche il piano delle malattie del sistema delle reti. Altri decreti, credo quattro, devono però essere ancora realizzati. La pregherei quindi di compulsare l'attuazione di questi decreti perché c'è un problema concreto e reale che viviamo sui territori. La disomogeneità dei trattamenti nel campo delle malattie rare è data dal fatto che ogni Regione realizza un piano diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) che adesso invece potrebbe avere con la legge n. 175 del 2021 una sua uniformità; tale legge infatti, all'articolo 1, reclama proprio l'uniformità della dispensazione delle cure. È chiaro che questi decreti, andando ad applicare l'articolo 1 e poi il successivo articolo 2 che richiama il PDTA, potrebbero in qualche modo risolvere il problema.

Avevo anche altri argomenti, ma capisco che la giornata è dura per tutti quanti, abbiamo un ascolto dismesso, poi c'è stata la mia collega che ha detto quasi tutto e quindi lascio poi alle prossime interlocuzioni, che spero che ci saranno per tutti noi, la possibilità di avere ulteriori rapporti.

GUIDI (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). Signor Ministro, vorrei illustrare un indice di priorità e fare poi una considerazione finale. Sarò brevissimo. È assolutamente indispensabile un piano sulla salute mentale; lo dico da psichiatra, neuropsichiatra da oltre mezzo secolo. Ho presieduto l'Osservatorio sulla salute mentale del suo Ministero per molto tempo. Nulla potevamo aspettarci se non quello che è successo. La pandemia, ma anche certe decisioni un po' demenziali, forse hanno protetto la cosiddetta salute dal virus, non pensando che la salute è benessere, ma certo hanno creato situazioni devastanti, secondo me, in parte evitabili, per tutta la popolazione e soprattutto per l'infanzia. Ci sono quindi patologie nuove, c'è una recrudescenza delle vecchie e soprattutto nel settore dell'autismo, delle malattie alimentari o disturbi alimentari e della depressione siamo messi parecchio male. Si tratta quindi di un'emergenza. Devo dire che quando presiedevo quell'Osservatorio e ci furono critiche da tutte le parti alla legge n. 180 del 1978 e quant'altro (io sono un basagliano moderato) con il mio maestro Pollea scoprimmo che mancavano 50.000 infermieri psichiatrici. Certe volte anche il bilancio e l'acquisizione di risorse attive e materiali, anche se fatte di persone, è indispensabile, al di là delle ideologie.

L'altra emergenza che vedo è quella della lentezza dell'aggiornamento del tariffario degli ausili e delle protesi. Se pensiamo che la terapia più importante per qualsiasi patologia è l'acquisizione del massimo della libertà (sembra demagogia e un po' ricorda Mao Tse-Tung, che personalmente trovavo simpatico), credo che la libertà anche dal pregiudizio, Presidente, debba inseguire le tappe della tecnologia. In questo momento rappresento molti problemi che potrebbero interessarle; ho uno scooterino che da qualche anno mi dà la libertà. Prima giocavo a tennis, poi per un errore chirurgico (è come il sarto che ha il vestito fatto male) venni costretto anche alla non autosufficienza motoria. Ecco, questo *scooter* me lo sono pagato da me, pagando 1.500 euro, perché la ASL in maniera insistente mi voleva consegnare una carrozzina che non potevo usare, che era brutta. Questo mezzo è figo, è carino. Guidi finalmente guida, faccio le curve, terrorizzo mezzo Senato. Invece la carrozzina in questione era proprio disabilitante e costava 5.500 euro. Una revisione intelligente del tariffario permetterebbe un aumento delle libertà, magari con un fondo sulla ricerca tecnologica. Vede, signor Ministro, il mio psicoterapeuta è il mio presidente Zaffini; dico la verità. In una giornata particolare, fatta di neve e di tragedia, pensavo di rischiare la vita, mi portò al Serafico di Assisi. Basterebbe vedere questo centro dove si trovano soprattutto minori, ma non solo, con gravissime difficoltà psicosensoriali (non vedono, non parlano), in cui, accanto a tanta tecnologia, c'è anche tanto amore, perché occorre anche questa motivazione in più. Questi bambini o adulti bambini rifiorivano. Credo quindi che la tecnologia non possa essere demonizzata, anzi debba essere implementata, anche se spesso un sorriso vale più di una carrozzina, ma questo è un discorso lungo. Pertanto il tariffario deve davvero essere aggiornato ogni anno in maniera aperta, accanto – a mio avviso – all'obbligatorietà. Sono molto contrario alle obbligatorietà, persino a

quelle matrimoniali, ritengo tuttavia essenziale, anche per dare un'apertura mentale che forse sarebbe indispensabile, l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) e una valutazione diversa dell'invalidità che tenga conto anche del carico psicologico e sociale.

Potrei dirle tante cose, ma gliene dico una come cappello. A me è molto piaciuta la sua esposizione, perché non è emergenziale, anche se tiene conto delle emergenze (ci mancherebbe) e non solo di quelle più conosciute, come le pandemie e le guerre – per carità – di cui non disconosco il carico di problemi. Ritengo però che, come lei, signor Ministro, ci ha detto con enorme chiarezza e pacatezza, abbiamo bisogno di salute e di sanità, di entrambe, dopo periodi un po' schizzati. Come psichiatra vorrei dire la mia opinione, che non è certo un attacco politico, né partitico, ma una considerazione. Sono quindi molto contento di averla conosciuta di nuovo.

Vi è però un punto importante. Come diceva Goethe – non farò una citazione intellettuale, ma molto banale – l'inferno è lastricato di buone intenzioni. La sanità e la salute propongono un percorso che non è mai neutro; lo dice chi si è battuto, magari fallendo, per l'integrazione scolastica delle persone con disabilità o cercando di portare avanti, avendo anche grossi problemi di carriera, perché c'era un grosso schieramento partitico, quella che io ritengo una delle conquiste più importanti degli italiani: la chiusura dei manicomi. Quando sento parlare di case di comunità o del dopo di noi, capisco che sono argomenti essenziali, ma dico sempre che nell'implementare queste strutture, accanto al danaro e alla qualità degli operatori, bisogna anche pensare che esse non devono servire ad allontanare le persone con cronicità; bisogna che la società entri dentro queste strutture, altrimenti, come diceva il mio amico Crepet, invece di chiudere i manicomi, abbiamo inventato i microcomi, che sono persino peggiori, perché sono meno identificabili, sono meno aggredibili, ma più subdolamente pericolosi.

Con questo, signor Ministro, intendo dire che noi – parlo di me, con i miei difetti e le mie capacità residue, dato che sono abbastanza vicino a battere Matusalemme – le staremo vicino, qualche volta anche dissentendo, perché la cosa peggiore della politica degli ultimi cinquant'anni (in cui io sono sempre stato presente) non sono gli avversari, ma sono gli *yes-men*, che sono veramente deprecabili. Ripeto però che il suo, il nostro settore non è mai neutro: troverà, come lei sa meglio di me, perché è più saggio di me, tanto fuoco amico. Basti pensare, in conclusione, a quanto è accaduto all'Istituto superiore di sanità, che ho avuto l'onore, ma anche l'onere, di vigilare: lei sa, signor Ministro, che poco prima dell'accendersi della pandemia – non voglio dire chi – il Presidente dell'Istituto ha fatto in modo di chiudere il servizio di prevenzione delle malattie infettive dell'Istituto, che era un vanto in tutta l'Europa. Si consideri inoltre che, sapendo che per i nuovi stili di vita e gli scambi di merci, una pandemia, qualunque essa sia, purtroppo presto sarebbe stata attiva, se il servizio di prevenzione non fosse stato chiuso si sarebbe arrivati per sta-

tuto all'adozione di un piano antipandemico regionale e nazionale, che invece non venne fatto. Duecento epidemiologi dissero che era una scelta estremamente negativa, eppure la si fece.

In conclusione, signor Ministro, stiamo con lei al di là degli schieramenti, però ripeto che è un settore di enorme importanza, forse decisiva per il nostro Paese, ma anche un campo minato. Vorrei concludere dicendo che è follia il fatto che in un percorso di pandemia, in cui i medici e gli infermieri hanno rischiato la vita al di là delle loro funzioni e mansioni, dando un contributo eroico, mai come adesso la sanità venga delegata dal volgo e dall'inclita. Credo che un suo messaggio chiaro, fermo e senza ripensamenti – anche se Cicerone diceva che qualche volta l'uomo intelligente ci può ripensare – sia quasi più importante delle terapie. Abbiamo bisogno di un Ministro (e lei lo è) che, competentemente, possa dare un messaggio chiaro, perché il cittadino ha bisogno di chiarezza e di capire, nonostante tanti difetti che i colleghi hanno messo in evidenza, dovuti soprattutto a Presidenti del consiglio tecnici, dalla sua voce.

RUSSO (Fdi). Signor Presidente, ho molto apprezzato la parte iniziale dell'intervento del Ministro, in cui parlava della necessità di riequilibrare le risorse da dare alle Regioni, in particolare a quelle del Meridione, dal punto di vista degli investimenti, ma anche delle spese ricorrenti, in particolare per quanto riguarda il piano del riparto. Infatti, in una visione prospettica e strategica (naturalmente non nella imminente manovra di bilancio), c'è il rischio che molto spesso i fondi vengano indirizzati più verso le Regioni che hanno una popolazione anziana molto numerosa, ma molte Regioni del Meridione non riescono a raggiungere quei livelli di popolazione anziana. È quindi importante ragionare sulla prevenzione e sugli stili di vita corretti, ma anche sulla necessità di prestare attenzione al piano di riparto nazionale considerando questi aspetti, anche perché rischiamo di fare un grosso investimento in termini di strutture di comunità e di trovarci, non solo senza medici, ma senza neanche una struttura di base da poter gestire. Pertanto, in prospettiva questo è un ragionamento che va fatto insieme alle Regioni.

OCCHIUTO (FI-BP-PPE). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per la sua relazione molto esaustiva, a 360 gradi, che denota una grande competenza e un approccio metodologico sui problemi, presentando altresì una visione di prospettiva su tutto il tema sanitario. Questo ci dà anche la possibilità di avere un Ministro che con questa competenza ha anche una visione prospettica.

Vorrei soffermarmi su argomenti di cui non si è discusso. Abbiamo parlato di prevenzione secondaria e di investire sulla prevenzione, ma per quanto riguarda la prevenzione primaria, vorrei rilevare che abbiamo costituito un gruppo parlamentare Camera e Senato, che conta più di duecento colleghi, sullo sport, la salute e il benessere, di cui sono presidente insieme alla collega Sbrollini, che riguarda appunto il tema della prevenzione primaria. Chi si occupa di sanità, di salute e di città è bene che sia

alleato, perché la procedura primaria si fa soprattutto nelle città. Oggi le città hanno bisogno di un grande cambiamento, di una grande trasformazione, della possibilità di trasformare gli spazi liberi aperti, che sono nel tempo stati in qualche modo occupati dalle auto, dagli anni Settanta-Ottanta in poi, rendendo anche le città più inquinate e inquinanti, in spazi per gli spostamenti a piedi e in bici, consentendo quindi appunto di vivere la città con l'idea della prevenzione primaria. Abbiamo la fortuna che la vita si è allungata, ma gli ultimi venti anni della nostra esistenza dobbiamo viverli in salute e, per farlo, è necessario investire sulla prevenzione primaria, soprattutto nelle città. Questo consentirebbe anche di risparmiare moltissimo sulla sanità. È necessario immaginare un percorso che possa coinvolgere le amministrazioni comunali, gli enti locali e territoriali, in un'azione forte di trasformazione delle città soprattutto dal punto di vista della prevenzione primaria.

L'altro tema è quello della differenza e della sperequazione fra Nord e Sud rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Io vengo da una Regione del Sud, dove come sa, Ministro, ci sono delle differenze enormi. In Calabria, in particolare, siamo costretti a chiamare i medici cubani. Lei ha parlato di esternalizzazione anche di servizi medici, le cui prestazioni sono molto onerose per l'assistenza pubblica. Noi abbiamo il problema del personale sanitario per alcune tipologie; addirittura non si trovano i tecnici di laboratorio. Negli ospedali cosiddetti periferici di montagna, in territori come la Calabria, così come in altre Regioni, è inutile aprire delle strutture ospedaliere quando poi non ci sono risorse umane specializzate, non ci sono medici e operatori. È un tema importantissimo ed urgente. Questi sono gli aspetti su cui volevo soffermarmi: la prevenzione primaria e la necessità di colmare il divario esistente tra Nord e Sud soprattutto rispetto al personale sanitario e ai medici che sono da noi in misura non soddisfacente.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Presidente, vorrei procedere rapidamente; questo renderà secche le affermazioni, ma così ci capiamo anche meglio. Devo dire che dall'esposizione che io ho ascoltato non ho colto una scelta, che penso invece dovrebbe essere piuttosto radicale, di sostegno del Servizio sanitario nazionale pubblico; sottolineo pubblico perché questo ovviamente implica ragionare con un'attenzione o un'altra rispetto anche alle scelte. Procedo per titoli. Capisco che magari questa non è la sede, però vorrei sottolineare che in legge di bilancio le risorse per il rinnovo dei contratti pubblici non ci sono. Quindi non si può parlare di valorizzazione professionale se poi, in realtà, il primo strumento fondamentale, che è quello del contratto, non è presente. Vorrei anche dire che in legge di bilancio non ci sono quelle risorse e quelle scelte che noi ci aspettavamo rispetto al tema della stabilizzazione nella pubblica amministrazione; così come anche rispetto al personale Covid, che è stato utilizzato in una serie di situazioni, non trovo risposte di stabilizzazione. Capisco, però comprende che c'è una qualche contraddizione tra indicare come

prospettiva l'attenzione al personale e alla professionalizzazione e il fatto che poi invece a tali affermazioni non corrispondono delle risorse.

Lei ha citato, con mio grande piacere, il tema delle esternalizzazioni come un problema. Il problema delle cooperative sta diventando un problema sempre più significativo. Io credo però che qui servano delle serie ed efficaci linee di indirizzo e non semplicemente pensare che c'è un problema. Serve altresì ripensare il rapporto con il privato. Parlo della mia Regione, dove c'è un disastro in questo momento, si cercano pediatri e non si trovano e così via, ma ormai è stato privatizzato tutto il privatizzabile e quindi credo che bisognerebbe proprio fare un'opera di rientro verso il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto con il privato ha la seguente caratteristica: si fa concorrenza sulla professionalità, si pagano poco i lavoratori più ordinari. In questo modo si determina la diversa profittabilità del Servizio sanitario pubblico rispetto al sistema privato, che però riceve erogazioni pubbliche per avere, da un lato, una discriminazione in una parte dei lavoratori e, dall'altro, una condizione di concorrenza. Credo che lei sappia che da lungo tempo le organizzazioni sindacali ragionano sul fatto che, per esempio, il contratto nazionale unico tra pubblico e privato sarebbe una bella risposta, che risolverebbe anche il tema, almeno in parte, dell'utilizzo delle cooperative. Credo che da questo punto di vista ci sia la necessità di fare un ragionamento, di avere come obiettivo un significativo rilancio del Servizio sanitario nazionale pubblico e i provvedimenti, che lei ci ha giustamente illustrato, che sono parte del PNRR, non sono sufficienti a dare questa caratteristica, se non ci si muove anche nella direzione del rapporto con il personale.

Aggiungo che nutro qualche preoccupazione sul fatto che i LEA siano di per sé garantiti dalla scelta sulle tariffe. Penso che i LEA sono efficacemente garantiti dentro una scelta di effettiva universalità delle prestazioni in tutto il territorio nazionale, però, cogliendo l'importanza e la rilevanza della sua dichiarazione sui LEA, vedo invece altri provvedimenti che mi pare vanno nella direzione di una differenziazione delle autonomie che, come sa, è tema molto complesso.

Chiudo su un impegno che non ho sentito e che invece ritengo molto importante; nelle missioni indicate dal PNRR c'è anche quella che riguarda la medicina di genere. Non se ne è parlato oggi ed invece io penso che sia una relevantissima questione di prospettiva e di qualità del servizio rispetto alle persone. Credo altresì che particolare attenzione bisognerebbe riservare al provvedimento che va completato rispetto a quanto fatto dal Governo precedente sulla non autosufficienza. Lei ha parlato di sostenibilità economica, capisco che questo possa essere un tema, visto soprattutto il sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale, però c'è anche un grande tema di sostenibilità sociale legato al tema della non autosufficienza. Queste risposte prima arriveranno meglio sarà, anche in ragione del progressivo impoverimento di fasce di popolazione che sono poi anche quelle più avanti con l'età e che hanno quindi più facilmente problemi di non autosufficienza.

PRESIDENTE. Abbiamo esaurito il tempo a disposizione. Ringrazio anzi il Ministro per avercene concesso più del prestabilito. Se siete d'accordo, colleghi, riterrei opportuno trasmettere al Ministro le domande formulate in questa sede e, non appena troverà la disponibilità per un altro paio di ore, lo faremo tornare per rispondere e avere un'interlocuzione con chi ha posto le domande. Credo che questa soluzione possa essere soddisfacente per tutti, se il Ministro ci darà cortesemente questa disponibilità.

Non essendovi osservazioni, così resta stabilito.

Ringrazio il ministro Schillaci e rinvio il seguito delle comunicazioni del Governo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17,15.

