



# *Ministero della Salute*

## *Ufficio Legislativo*

### **Audizione del Ministro della salute**

#### **10<sup>^</sup> Commissione Senato**

**17 gennaio 2023, ore 17.00**

Repliche in ordine alle questioni sollevate nel corso della seduta 6 dicembre 10<sup>a</sup> Commissione Senato

Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare Lei e i membri di questa Commissione per l'invito ricevuto che mi consente di fornire ulteriori elementi di dettaglio del mio programma di Governo, rispondendo alle specifiche questioni sollevate nel corso dell'audizione.

**Sen. Sandra Zampa (PD) – tema case di comunità “...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.**

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

Come noto, la riforma di cui al DM 77/2022 prevede la realizzazione di una casa di comunità *hub* ogni 40 mila-50 mila abitanti con assistenza medica e assistenza infermieristica; le case di comunità *spoke* dovranno garantire, insieme ad altri servizi, come il punto unico di accesso, il collegamento con il Centro unico di prenotazione (CUP) aziendale e la presenza medica e infermieristica. In questo contesto gli studi dei medici di medicina generale e le sedi di riferimento dell'aggregazione funzionale territoriale (AFT) saranno *spoke* delle case di comunità *hub*. Al fine di garantire lo svolgimento delle suddette funzioni è prevista una centrale operativa territoriale (COT) ogni 100 mila abitanti, il cui standard di personale prevede almeno cinque o sei infermieri e almeno una o due unità di personale di supporto. La COT si interfaccia anche con la centrale

operativa regionale 116 117. La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche, quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. E' conseguenziale che il disegno complessivo potrà realizzarsi solo con la partecipazione attiva dei medici di medicina generale, con i quali e con i rispettivi organismi rappresentativi assicuro che questo Ministero è sempre in contatto ed opera in modalità di costante raccordo.

**Tema vaccinazioni “... 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”.**

- La somministrazione della seconda dose di richiamo, con vaccino a m-RNA bivalente con raccomandazione specifica per tutte le persone di età  $\geq 60$  anni, per le persone con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti di età  $\geq 5$  anni, per gli operatori sanitari, gli ospiti e operatori delle strutture residenziali e le donne in gravidanza. Inoltre i vaccini bivalenti possono essere resi disponibili su richiesta dell'interessato, come seconda dose di richiamo, per chiunque voglia effettuarli;
- la somministrazione di un'ulteriore dose di richiamo con vaccino a m-RNA bivalente è raccomandata per le persone dagli 80 anni in su, gli ospiti delle strutture residenziali per anziani e le persone dai 60 anni in su con fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti, che abbiano già ricevuto una seconda dose di vaccino a m-RNA monovalente. Inoltre, su richiesta dell'interessato, anche tutti gli altri soggetti ultrasessantenni che hanno già ricevuto un secondo richiamo potranno vaccinarsi con una ulteriore dose di vaccino.

Il report aggiornato al 16-01-2023 alle ore 06:21, consultabile al sito <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>, riporta un totale di 143.542.382 somministrazioni, di cui, Ciclo Vaccinale Primario: con almeno una dose-49.456.920 pari al 91,60 % della popolazione over 12 (persone con almeno una somministrazione); ciclo vaccinale -48.711.451 pari al 90,22 % della popolazione over 12 (persone che hanno completato il ciclo vaccinale); guariti -565.128, pari all'1,05 % della popolazione over 12 (guarita da al massimo 6 mesi senza alcuna somministrazione), per un totale di 50.022.048 pari al 92,64 % della popolazione over 12.

Dose Addizionale/Booster: Dose addizionale/richiamo (booster): 40.442.102 - 84,78 % della popolazione potenzialmente oggetto di dose addizionale o booster che ha ultimato il ciclo vaccinale da almeno 4 mesi; Guariti post 2<sup>a</sup> dose/unica dose: 1.486.201 - 3,12 % della popolazione potenzialmente oggetto di dose addizionale o booster guarita post 2<sup>a</sup> dose/unica dose da al massimo 4 mesi, per un totale di 41.928.303 - 87,89 % della platea dose booster.

Seconda dose booster: Booster immuno / 2<sup>a</sup> dose booster 5.768.783 - 30,17 % della popolazione potenzialmente oggetto di dose booster/2<sup>a</sup> booster cha ha ultimato il ciclo vaccinale da almeno 4 mesi, Guariti post 1<sup>a</sup> dose booster: 1.593.312 - 8,33 % della popolazione potenzialmente oggetto di 2<sup>a</sup> dose booster

guarita post 1<sup>a</sup> dose booster da al massimo 6 mesi, per un totale di 7.362.095 - 38,51 % della platea 2<sup>a</sup> dose booster (Dati relativi alla popolazione appartenente alle categorie prevalenti oggetto prioritariamente di 2<sup>a</sup> dose booster).

Inoltre, è mio impegno favorire un'attività di informazione e comunicazione che metta davvero al centro le esigenze dei cittadini in riferimento alle prossime sfide del servizio sanitario nazionale. Per renderla più efficace, anche nel contrastare la disinformazione, cercherò con maggior metodo la collaborazione delle professioni sanitarie, delle società scientifiche, delle associazioni di pazienti e del volontariato, insieme alle regioni e province autonome, agli enti del servizio sanitario nazionale. Riguardo alla vaccinazione sappiamo che la sua valenza come strumento di prevenzione e il senso di responsabilità degli italiani dimostrato in occasione della massiccia adesione alla campagna vaccinale anti Covid-19 hanno permesso di tornare a vivere senza le limitazioni del passato. Tuttavia, non bisogna abbassare la guardia, soprattutto per proteggere la salute delle persone fragili e degli anziani. Per questi motivi, il Ministero della salute ha lanciato la campagna "Proteggiamoci, anche per i momenti più belli – Vacciniamoci contro il COVID-19 e l'influenza stagionale", proprio per invitare a mantenere un comportamento responsabile nei confronti del Covid-19 e dell'influenza stagionale, promuovendo la vaccinazione, strumento di primaria importanza per proteggere sé stessi e gli altri. La campagna è stata rivolta alla molteplicità dei soggetti che, per diverse condizioni, sono i destinatari dell'offerta vaccinale contro l'influenza stagionale e contro il Covid-19, principalmente le persone fragili e gli anziani. La campagna ha previsto uno spot televisivo della durata di 30" e uno spot radiofonico della durata di 30", diffusi sulle reti televisive e radiofoniche nazionali del servizio pubblico (RAI) negli spazi riservati alle pubbliche amministrazioni mediante la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento informazione e editoria, nonché la diffusione dello spot televisivo sulle principali emittenti televisive private commerciali nazionali (Canale 5 e Rete4) e sugli account social del Ministero della salute. Sono inoltre in programma campagne rivolte alla prevenzione primaria e secondaria, soprattutto sull'adesione agli screening oncologici e sull'importanza dei controlli periodici per recuperare quel che la pandemia ha tolto.

**Tema finanziamento Ssn: "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."**

Sul tema del finanziamento del SSN, ci tengo, tuttavia, ad evidenziare che dopo un periodo di definanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, che addirittura negli anni dal 2012 al 2019, anche in conseguenza degli effetti delle manovre di spending review, ha visto incrementi annui in valore percentuale negativo (-089% nel 2013, - 0195 nel 2015, e appena lo 073% nel 2018 e lo 094% nel 2019) la legge di bilancio per il 2023 ha previsto un importante incremento del FSN, inedito per gli anni precedenti, in particolare il comma 535 ha disposto che il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, è incrementato di 2.150 milioni di euro per l'anno 2023, 2.300 milioni di euro per l'anno 2024 e 2.600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. Solo per l'anno 2023, una quota dell'incremento di cui al primo periodo, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Si tratta, con ogni evidenza, di una importante inversione di tendenza che auspico possa ulteriormente essere perseguita anche per il futuro, con l'afflusso al sistema sanitario nazionale di risorse sempre più cospicue.

**Tema salute mentale: “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”.**

Segnalo, che in tema di salute mentale, nella legge n. 197 del 2022, legge di bilancio per il 2023, precisamente al comma 538 dell'articolo 1, è stata rinnovata la disposizione in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica.

Partendo dal tema dell'integrazione sociosanitaria, già oggetto del DM 77/2022, dell'Intesa 4 agosto 2021 sull'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari, nonché del recente disegno di legge “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” rilevo che la stessa continua a rappresentare una priorità non solo del mio Dicastero ma dell'intero Governo. Infatti, ribadisco la necessità di partire da un'attenta valutazione dei bisogni della persona, da riposizionare al centro di ogni ragionamento in materia socio-sanitaria, anche attraverso l'attivazione dei PUA (punti unici di accesso) presso le Case della comunità, di cui al DM 77 di cui ho parlato, per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e per garantire poi la presa in carico delle persone con cronicità, nell'ambito di un sistema strutturato. E' indispensabile altresì procedere a una riduzione del *gap* intercorrente tra le diverse regioni, mediante l'adozione di strumenti uniformi che assicurino la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la redazione del piano di assistenza che prevede il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia.

Sempre su questo tema e quello correlato della salute mentale, segnalo il Programma Nazionale Equità nella salute (PN), incluso nell'Accordo di partenariato della politica di coesione europea 2021-2027, approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C(2022) 8051 del 4 novembre 2022.

Il PN interviene nelle 7 regioni meno sviluppate del Paese (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia) per rafforzarne i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso.

Il programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sociosanitari:

1. “Contrastare la povertà sanitaria”
2. “Prendersi cura della salute mentale”
3. “Il genere al centro della cura”
4. “Maggiore copertura degli screening oncologici”

Gli interventi del PN sono sostenuti dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) per € 375.000.000 e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) per € 250.000.000.

A valere sul FESR saranno realizzati interventi di adeguamento infrastrutturale e di potenziamento tecnologico dei dipartimenti di salute mentale, dei consultori familiari, dei punti screening; oltre all'acquisto di *motorhome* attrezzati per l'erogazione di prestazioni sanitarie, incluse prestazioni odontoiatriche ai vulnerabili socio economici, in *outreaching*.

A valere sul FSE+ si procederà altresì al rafforzamento dei servizi dei dipartimenti di salute mentale (che implementeranno i progetti terapeutico riabilitativi personalizzati) nonché dei servizi dei consultori familiari

e dei punti screening, attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi e/o percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) e il reclutamento di nuovo personale.

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

**Sen. Murelli – Lega**

**Tema interoperabilità dei sistemi: *“La mia domanda è dunque riferita all’interoperabilità con i medici generici e gli specializzandi ambulatoriali.”***

Per quanto riguarda il tema dell’interoperabilità dei sistemi informativi vorrei ricordare quanto prevede l’investimento PNRR per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico:

- (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l’interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un’interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire;
- (ii) l’integrazione dei documenti da parte delle regioni all’interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l’aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e di competenze per realizzare i cambiamenti necessari per l’adozione del FSE.

Il percorso per il raggiungimento dell’obiettivo dell’intervento è di tipo incrementale, articolato in fasi tra loro correlate che riguardano rispettivamente: linee guida per le regioni, definizione di contenuti e servizi del FSE, architettura dell’informazione e architettura tecnologica, interoperabilità e decreti attuativi delle diverse componenti e fasi. L’obiettivo dell’intervento sarà realizzato in stretta collaborazione con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, in qualità di soggetto attuatore, e con il MEF. E’ altresì prevista la collaborazione di Agenas in qualità soggetto attuatore, quale Agenzia per la Sanità Digitale.

**Tema prevenzione: *“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?”***

In considerazione della preoccupante diffusione di stili di vita non salutari intendo, in coerenza con le strategie e le finalità del Programma “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” e del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025:

- a) potenziare gli interventi di contrasto a sedentarietà e inattività fisica, tra i principali fattori di rischio modificabili indipendenti per le malattie croniche non trasmissibili, attraverso la definizione di un *Programma Nazionale di Promozione dell’attività fisica*, condiviso con i principali stakeholder istituzionali e non, secondo un approccio intersettoriale, che comprenda la definizione delle modalità di prescrizione dell’esercizio fisico e di erogazione sul territorio nazionale, tenendo anche conto delle previsioni dell’Allegato 1 del DPCM 12 gennaio 2017 di

definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che include la promozione dell'attività fisica quale "prestazione" esigibile.

- b) affrontare la prevenzione e il contrasto del tabagismo, tuttora la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia, per conseguire l'obiettivo sfidante del Piano Europeo contro il cancro 2021 (Europe's Beating Cancer Plan) di creare una "generazione libera dal tabacco", nella quale meno del 5% della popolazione consumi tabacco entro il 2040. A tal fine dovranno essere adottate misure atte a garantire a tutti i cittadini la massima tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tenendo conto della costante crescente diffusione nel mercato di nuovi prodotti (sigarette elettroniche; prodotti del tabacco senza combustione) e delle sempre più numerose evidenze sui loro possibili effetti dannosi per la salute. Accanto al supporto agli interventi di prevenzione e di disassuefazione si ritiene necessario e strategico assicurare il massimo supporto alle azioni dell'Unione Europea attraverso il recepimento entro il 23 luglio 2023 della direttiva delegata della Commissione che emenda la direttiva 2014/40/EU relativamente all'eliminazione di alcune esenzioni che riguardano i prodotti del tabacco riscaldato, onde consentirne l'entrata in vigore dal 23 ottobre 2023, e al processo di complessiva revisione della Direttiva 2014/40/EU e della Direttiva fiscale. Tale processo punta a consentire che i diversi molteplici interessi correlati ai prodotti del tabacco, che coinvolgono i Dicasteri economici, non prevalgano sulla tutela della salute.

Intendo inoltre proporre l'aggiornamento e l'ampliamento dell'articolo 51 della legge 3/2003 per:

- estendere il divieto di fumo in altri luoghi all'aperto in presenza di minori e donne in gravidanza;
- eliminare la possibilità di attrezzare sale fumatori nei locali chiusi;
- estendere il divieto anche alle emissioni dei nuovi prodotti non da fumo (sigarette elettroniche e prodotti del tabacco riscaldato);
- estendere il divieto di pubblicità ai nuovi prodotti contenenti nicotina e ai *device* dei prodotti del tabacco riscaldato.

Sen. PIRRO - M5S

**Questione costo del personale: "Sono d'accordo con lei sull'uso distorto delle esternalizzazioni, in generale nella pubblica amministrazione ma, in particolare, per quanto riguarda la sanità. Penso che la maggior parte di noi abbia visto il servizio di «Report» di ieri sera che parla anche di questo. Provengo da una Regione che ha sicuramente diversi problemi: abbiamo medici di pronto soccorso assunti a tempo indeterminato che si licenziano per andare a fare i gettonisti. Quindi, mi auguro, signor Ministro, che su questo voglia aprire un importante dibattito con il Ministero dell'economia e delle finanze per far capire che nel tetto del personale 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".***

Riguardo a questo tema ribadisco che sarà **necessario garantire adeguate risorse al sistema** soprattutto nelle specialità e negli ambiti disciplinari che oggi registrano scarse adesioni. Rinnovo il mio impegno ad assicurare le necessarie risorse al sistema, per reclutare nuovi professionisti e per restituire la giusta serenità a tutti coloro che sono già in servizio e meritano di lavorare in condizioni ambientali e di sistema migliori. In quest'ottica un primo risultato è la disposizione inserita nella legge di bilancio del 2023, che prevede dal 2024, complessivi 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità, attese le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso, conseguentemente i limiti di spesa annui lordi previsti dall'articolo 1, comma 293, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, per la definizione della specifica indennità ivi indicata, sono incrementati.

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

Come ho evidenziato riguardo al fenomeno dei c.d. "gettonisti" o "turnisti", anche il mondo della sanità è coinvolto in processi di esternalizzazione 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. E' quindi fondamentale assicurare le necessarie risorse al sistema, per restituire la giusta serenità a tutti i professionisti che ogni giorno lavorano con dedizione ed impegno, talvolta in sedi disagiate e rischiose, migliorandone progressivamente le condizioni di lavoro, anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari.

Ribadisco che è mia intenzione affrontare, anche con provvedimenti straordinari e di urgenza, il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del SSN 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 del mese. Come ho esposto nelle mie linee programmatiche, una delle mie iniziative appena insediatomi nel Dicastero è stata quella di incaricare i i NAS, che hanno effettuato specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari. Da tali controlli sono emerse fattispecie di frode ed inadempimento nelle pubbliche forniture, per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici, in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'Azienda sanitaria, o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali socio-sanitarie (o.s.s.), 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 - anche sopra i 70

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 di urgenza".

**Tema terapie avanzate: *“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”.***

La assoluta maggioranza delle nuove terapie e tecnologie sanitarie presenta da un lato costi assoluti estremamente elevati, dall'altro la capacità di incidere in modo decisivo e in tempi rapidissimi sulla storia naturale di patologie ad elevata mortalità ed impatto sulla salute, evitando, a differenza di quanto accade oggi per tali situazioni, cure prolungate nel tempo o addirittura necessarie per l'intera vita residua del paziente. Questa caratteristica rende i costi di questo tipo di terapie più simili ad un investimento (spesa in conto capitale) che a una spesa corrente. Inoltre, in diversi casi la efficacia di queste terapie è variabile da un paziente all'altro. Si tratta quindi di definire un nuovo quadro normativo specifico per il rimborso di queste terapie da parte del SSN, che preveda, da un lato, la possibilità di un "periodo di ammortamento" del costo (similmente a quanto avviene per gli investimenti), dall'altro uno schema di "rimborso a risultato ("pay for performance", come avviene in certi tipi di servizi). Per definire una ipotesi di questo nuovo quadro, ribadisco l'opportunità di attivare un apposito Tavolo che includa, oltre alle competenti Direzioni generali del Ministero, rappresentanti/esperti della Agenzia italiana del farmaco (AIFA), e i rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) con i tecnici della Ragioneria generale dello Stato, ed eventuali ulteriori competenze esterne, in particolare quelle operanti in enti ed istituti di ricerca che si sono interessati della materia in tempi recenti.

**Liste d'attesa: *“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!”.***

Al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati ribadisco che occorrerà **rafforzare la rete territoriale con apparecchiature sanitarie e diagnostiche** per il miglioramento della *governance* aziendale e regionale e la riduzione dei tempi **delle liste d'attesa**. La pandemia ha fatto trascurare molte malattie, tra le quali quelle oncologiche, facendo saltare prevenzione, esami diagnostici, follow up e interventi chirurgici. Le nuove dotazioni consentirebbero di orientare i flussi di ricoveri in funzione della tipologia, della complessità, dell'intensità e delle soglie di volume gestite dai singoli centri ospedalieri (*up-grade* grandi apparecchiature). Inoltre, per quanto attiene alla riorganizzazione dei processi di gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati, andranno introdotti modelli e standard per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello 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 finalizzato al miglioramento della *governance* aziendale e regionale delle liste d'attesa, consentendo 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. Aggiungo che ritengo necessario, all'esito dell'attività condotta dalla competente Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero di concerto con AGENAS, nell'ambito del gruppo di lavoro finalizzato a garantire la piena attuazione del Piano di recupero delle liste d'attesa relativi al terzo trimestre 2022, che si sono conclusi la scorsa settimana, di favorire la continuità dell'azione intrapresa nel corso del 2022, con particolare riferimento all'utilizzo delle risorse non impiegate entro il 31 dicembre 2022 dalle Regioni e Province autonome.

**Ulteriori finanziamenti: "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".**

Riguardo a questi temi, voglio ricordare quanto già ho affermato nella mia relazione principale: la piena efficacia del dPCM LEA consentirà di affrontare quella che continua ad essere la principale sfida dei sistemi sanitari: la cronicità, ovvero le condizioni più o meno permanenti nel lungo periodo di fragilità, non autosufficienza, disabilità. La sostenibilità economica appare essere l'aspetto più arduo; ma forse il problema centrale è la difficoltà, spesso insoluta, di realizzare un percorso che risponda alle peculiari esigenze di questi utenti, attraverso l'apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi, presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari. A tal fine, si prospetta la necessità di un aggiornamento del piano nazionale della cronicità. Sarà inoltre mia cura promuovere politiche a supporto della continuità dei finanziamenti delle attività di promozione di strategie per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze (Fondo per l'Alzheimer e le demenze per il finanziamento delle linee di Azione in applicazione al Piano Nazionale Demenze - legge finanziaria 178/2020).

Rimango in tema di prevenzione, per confermare tutto il mio impegno a finanziare il Piano nazionale oncologico, che 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, all'introduzione di nuove tecnologie per un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico. In proposito, ho promosso l'elaborazione di apposita proposta emendativa da inserire nel decreto-legge in materia di proroghe dei termini, in conversione al Senato.

**Decreto tariffe. "Ha parlato di decreto tariffe: non ho capito se c'è già una data per l'entrata in vigore"**

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

**Sen. Mazzella – M5S**

**Malattie rare: 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.***

In ordine alle malattie rare, voglio ribadire che lo studio di siffatte patologie e il relativo approccio terapeutico possono risultare utili anche ad altre persone e a patologie più diffuse. Con l'attività del Comitato Nazionale Malattie Rare, previsto dalla legge n. 175/21, sarà valorizzata l'attività per l'iter di approvazione del nuovo Piano Nazionale Malattie Rare (con il relativo accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano), che rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio, delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare.

Inoltre, il Piano nazionale di ripresa e resilienza alla Missione 6 "Salute" prevede Bandi 2022 (€ 262mil) e 2023 (€ 262mil) 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.

**Sen. Guidi – Civici d'Italia – Noi moderati**

**Sull'indispensabilità di un piano sulla salute mentale, rimando a quanto già ho sopra chiarito per la richiesta della sen. Zampa.**

**Sulla lentezza dell'aggiornamento del tariffario degli ausili e delle protesi, ribadisco il mio impegno a portare a termine l'adozione dei decreti concernenti le tariffe e l'aggiornamento dei LEA.**

**Sen. OCCHIUTO - FI**

***"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".***

Come ho avuto modo già di evidenziare nella mia relazione introduttiva, in un sistema di gestione dei servizi sanitari in capo alle regioni, il compito del mio dicastero è quello di dare impulso alle azioni da intraprendere, tracciare il disegno generale cui dare corso e monitorare i singoli servizi sanitari regionali, verificando, attraverso l'opera di monitoraggio, la quantità e la qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio. **Fondamentale in tale assetto, sarà l'entrata in vigore del c.d. decreto tariffe, e quindi l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, poiché attraverso di esso sarà resa uniforme in tutte le regioni**

la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Ribadisco che tale uniformità renderà possibile il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali LEA attraverso il confronto diretto tra regioni in termini di soddisfazione di bisogni sanitari, di accessibilità ai servizi, di tempi di attesa e di appropriatezza delle prescrizioni.

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

Riguardo il tema della prevenzione primaria rimando a quanto ho già esposto in precedenza sull'argomento

**Sen. Camusso – PD**

***Tema stabilizzazione “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”.***

Ho già in più sedi espresso il mio impegno volto colmare la carenza di personale partendo dalla riforma territoriale del DM 77/2022 per definire il fabbisogno di personale, orientando l'impegno delle risorse stanziato con la legge di bilancio e con le ulteriori risorse rispetto a quelle previste per il PNRR, anche con riguardo al personale precario. In tale ottica, mi sono adoperato per prorogare le misure straordinarie adottate nel periodo dell'emergenza pandemica per reclutare personale, anche ricorrendo agli idonei collocati nelle graduatorie o stabilizzando il personale che per un determinato periodo di tempo ha prestato servizio, con contratto a tempo determinato, presso le strutture del SSN.

Tuttavia, la vera sfida è quella di superare misure di carattere contingente, adottando misure di carattere sistematico onde ovviare agli errori fin qui cumulatisi, in tema di programmazione dei fabbisogni del personale sanitario, ciò anche intervenendo d'intesa con il Ministro dell'Università sul tema degli accessi ai corsi universitari e alle scuole di specializzazione

***Tema medicina di genere “Non se ne è parlato oggi ed invece io penso che sia una rilevantissima 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”.***

Il Programma Nazionale Equità nella salute (PN), incluso nell'Accordo di partenariato della politica di coesione europea 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C(2022) 8051 del 4 novembre 2022 tiene conto del tema della medicina di genere.

Infatti, come ho già detto, il PN interviene nelle 7 regioni meno sviluppate del Paese (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia) per rafforzarne i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso.

Il programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sociosanitari:

1. “Contrastare la povertà sanitaria”

2. “Prendersi cura della salute mentale”
3. “Il genere al centro della cura”
4. “Maggiore copertura degli screening oncologici”

Inoltre, nell’ambito dell’aggiornamento del nuovo sistema di garanzia, si rende necessario procedere con l’aggiornamento degli indicatori, in un’ottica che abbandoni gli adempimenti formali e si focalizzi sugli esiti di salute, al fine di garantire i più alti standard qualitativi in risposta ai bisogni di salute delle persone.

L’aggiornamento del NSG è volto a rilanciare il monitoraggio dei LEA come strumento di supporto per il miglioramento delle performance sanitarie dei sistemi sanitari regionali (SSR), con un processo di armonizzazione che generi uno strumento il più possibile unitario, quantitativo e qualitativo, per il monitoraggio e la verifica dei LEA. Tra i temi che si intende potenziare rientrano la salute mentale dell’adulto e dell’età evolutiva, infezioni legate all’assistenza e antimicrobico-resistenza, HIV, epatiti virali e malattie trasmissibili oggetto di piani nazionali, impatti sulla salute delle diseguaglianze socio-economiche, **medicina di genere**, salute ambientale, malattie rare, dipendenze patologiche, percorso nascita, riabilitazione, residenzialità, cure primarie, cure di fine vita. Inoltre, in linea con la progettualità PaRIS (Patient-Reported Indicators) promossa dall’OCSE, anche nelle more dell’aggiornamento del piano nazionale delle cronicità, potrà essere istituito un osservatorio dedicato a raccogliere, direttamente dai pazienti, l’esperienza con i servizi del SSN e gli esiti delle cure degli assistiti affetti da patologie croniche. Tali dati potranno essere utilizzati per la costruzione di indicatori da integrare nel NSG.