

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO****AUDIZIONE****1.****SEDUTA DI MERCOLEDÌ 7 DICEMBRE 2022**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **UGO CAPPELLACCI****INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Bonetti Elena (A-IV-RE)) .....	11
Cappellacci Ugo, <i>presidente</i> .....	2	Ciocchetti Luciano (FDI) .....	13
<b>Audizione del Ministro della salute, Orazio Schillaci, sulle linee programmatiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):</b>		Furfaro Marco (PD-IDP) .....	12
Cappellacci Ugo, <i>presidente</i> .....	2, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	Girelli Gian Antonio (PD-IDP) .....	16
Benigni Stefano (FI-PPE) .....	17	Loizzo Simona (Lega) .....	19
		Quartini Andrea (M5S) .....	14, 15
		Schillaci Orazio, <i>Ministro della salute</i> .....	2, 20
		Zanella Luana (AVS) .....	18

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Fratelli d'Italia: FdI; Partito Democratico - Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Lega - Salvini Premier: Lega; Movimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Berlusconi Presidente - PPE: FI-PPE; Azione - Italia Viva - Renew Europe: A-IV-RE; Alleanza Verdi e Sinistra: AVS; Noi Moderati (Noi con L'Italia, Coraggio Italia, UDC e Italia al Centro) - MAIE: NM(N-C-U-I)-M; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-+Europa: Misto-+E.**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
UGO CAPPELLACCI

**La seduta comincia alle 10.10.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione del Ministro della salute, Orazio Schillaci, sulle linee programmatiche del suo dicastero.**

PRESIDENTE. Avverto che i deputati possano partecipare in videoconferenza della seduta odierna secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento.

L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera l'audizione del Ministro della salute professor Orazio Schillaci sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Ringrazio naturalmente il Ministro per la presenza e gli rivolgo i più sentiti auguri per il lavoro certamente impegnativo, che lo attende, ma per il quale sono certo che sarà totalmente all'altezza. Faccio presente che l'audizione avrà la durata di un'ora e mezza; il Ministro — questo ci tengo a precisarlo — si è reso disponibile per una seconda audizione, ove il tempo non bastasse per poter replicare con la dovuta attenzione e puntualità a tutte le vostre domande e richieste.

Per quanto concerne le modalità di svolgimento dell'audizione, alla relazione del Ministro seguirà il dibattito con un intervento, come abbiamo già concordato in

ufficio di presidenza, per ciascun gruppo parlamentare della durata di cinque minuti, eventualmente suddivisibile in più interventi. In considerazione del tempo disponibile residuo avrà poi luogo la replica. Cedo quindi la parola al signor Ministro, prego.

ORAZIO SCHILLACI, *Ministro della salute*. Grazie Presidente. Buongiorno a tutti. Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare lei e i membri di questa Commissione 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. Infatti è mia convinzione, così 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 è 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.

Chiarita questa che ritengo una precisazione e 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 di 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 del potenziamento della medicina territoriale, al fine di garantire sull'intero territorio nazionale l'assistenza sanitaria e le cure, è nostra intenzione dare attuazione alla riforma di cui al 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 in riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Infatti la non congruità delle risorse è stato il motivo che ha reso le regioni diffidenti nei confronti del nuovo regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, che investe quello che a mio giudizio è il vero problema oggi del sistema sanitario nazionale e della assistenza, come è stato reso particolarmente evidente durante il periodo della pandemia. Questo perché da un lato il PNRR non risolve la questione della carenza del 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 maggior fabbisogno nelle regioni del sud e delle isole che dispongono di un minor numero di strutture del territorio. Orbene, se è vero che in alcune regioni, come l'Emilia-Romagna e la Toscana, dispongono già di più strutture di quanto indicato come obiettivo del PNRR altri non ne hanno fatto 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, il costo dell'assistenza domiciliare rappresentano preoccupazione per le regioni riguardo le risorse da reperire, di cui intendo farmi carico. Ribadisco anche in questa sede il mio impegno ad ottenere garanzia sulle coperture finanziarie, le quali in ordine alla questione del personale, che è particolarmente delicata, oltre a riguardare i vincoli finanziari e le regole sui tetti di spesa di spesa, consistono anche nel reperire le adeguate professionalità, nonché il ruolo dei medici nell'assistenza primaria con riferimento alle già citate Case della comunità.

Nel merito il regolamento si colloca a pieno 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 e 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 quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per la popolazione.

Delle tre linee di investimento, l'investimento 1.1, « Case della comunità e presa in carico della persona », con una dotazione di 2 miliardi, 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, con 4 miliardi di euro, « Casa come primo luogo di cura e telemedicina », mira alla presa in carico domiciliare del 10 per cento della popola-

zione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti; nell'assistenza domiciliare la telemedicina avrà progressivamente un ruolo strategico. In tale investimento rientrano l'istituzione delle 600 centrali operative territoriali (COT), che coordinano a livello di distretto la presa in carico della persona e raccorda 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 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, con un miliardo di euro, « Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture », 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 del 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, anche questa è da attuare 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.

La misura 1 è l'aggiornamento tecnologico digitale, al cui interno l'investimento 1.1, con una dotazione di 4 miliardi e 52

milioni di euro, dal titolo « ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero », che prevede l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura ad alto contenuto tecnologico, la digitalizzazione di 280 sedi DEA di primo e secondo livello.

L'investimento 1.2 di un miliardo e 368 milioni, dal titolo « Verso un ospedale sicuro e sostenibile », mira 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 di un milione 672 milioni, dal titolo « Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati e la simulazione », ha l'obiettivo di garantire una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati stessi, e delle informazioni, e 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.

La misura 2, « Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico », ha due investimenti: il primo di 524 milioni con la valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale per rafforzare la ricerca scientifica in ambito sanitario e biomedico.

L'investimento 2.1, con 737 milioni di euro, « Sviluppo delle competenze tecniche professionali e digitali manageriali del personale del sistema sanitario, con specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativo », prevede: 2.700 borse di studio aggiuntive per i corsi di medicina generale, un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere per 290 mila partecipanti, un progetto formativo per acquisizione di competenze di management per 650 professionisti del sistema sanitario nazionale, 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di cinque anni di studio.

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 il mio insediamento ho disposto delle verifiche sul territorio che i NAS hanno condotto proprio con rilevamento specifico 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 della situazione dei singoli reparti degli ospedali pubblici.

Altro grande tema della riorganizzazione e dei processi di gestione è quello riguardante le 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 nella lista d'attesa, all'accesso al ricovero fino alla sua dimissione.

Il potenziamento degli strumenti di monitoraggio e funzionali al miglioramento della *governance* aziendale e regionale delle liste d'attesa 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, i LEA, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

I LEA, oggi più che mai, 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 è certificata efficace. È quindi necessario concludere l'iter di definizione del decreto inerente le tariffe massime, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica, attualmente all'esame della Conferenza Stato-regioni e di cui si auspica una celere approvazione, per poter assicurare l'entrata in vigore complessiva del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui LEA e procedere a una continua attività di ricognizione delle nuove prestazioni, con una efficacia robusta 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. Questa uniformità favorirà 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. Al contempo 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 pare 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, presidi) che a seconda del caso si rendono necessari. Rimanendo sul tema dei LEA, ritengo necessario avviare anche l'aggiornamento del Piano nazionale delle cronicità.

Altra misura che ritengo necessaria è quella per garantire la presa in carico e l'assistenza dei cittadini affetti da malattie rare. In questo ambito, con la recente istituzione del Comitato nazionale delle malattie rare, previsto dalla legge n. 175 del 10 novembre 2021 Disposizioni per la cura delle malattie rare e della produzione dei farmaci orfani, ritengo sia da valorizzare l'attività per l'iter di approvazione del nuovo Piano nazionale delle 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 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, ritengo 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, che è stato da me fortemente sostenuto. La resistenza agli antimicrobici, di cui l'antibiotico resistenza rappresenta certamente il fattore di più importante 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 preoccupante fenomeno. È stato stimato che in Italia la resistenza agli antibiotici causerà quasi 11 mila decessi ogni anno nel periodo tra il 2015 e il 2050, una quota che rappresenta circa un terzo dei decessi in tutta Europa. In particolare in Italia circa un'infezione su cinque potrebbe essere causata da batteri resistenti al trattamento antibiotico entro il 2030.

Il nuovo documento, Piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza, PNCAR 2022-2025, è in fase di approvazione e 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 insieme 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 ad 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 vaccina-

zioni NITAG, (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 nazionale di prevenzione vaccinale 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/o di inserimento di nuovi vaccini.

Con riguardo al Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, il 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 atteso stagionale dell'influenza, sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali che emergono, sia sistemi informativi dedicati per il monitoraggio della domanda di servizi sanitari.

Il Piano oncologico nazionale, come è noto, 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 complessiva che consente il graduale sviluppo di azioni coordinate e sinergiche per migliorare il grado di implementazione dei programmi di *screening* aumentando 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.

Quanto al necessario finanziamento avevamo già tentato di proporre una specifica disposizione in legge di bilancio, ma ribadisco anche in questa sede che è mia intenzione sostenere un emendamento per finanziare di 10 milioni di euro per il 2023 e di 10 milioni di euro per il 2024 questo Piano, per agevolare l'adozione dello stesso

e soprattutto per darne compiuta attuazione su tutto il territorio nazionale.

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 del malato oncologico in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, *empowerment*, 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 azione del Piano oncologico nazionale.

Personale sanitario. È sempre attuale la tematica della carenza di medici e di operatori sanitari, che ormai va inquadrata come una vera 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. A 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 è stata inserita nel disegno di legge di bilancio, l'articolo 93, finalizzata a riconoscere per le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto che opera 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 anticipare la decorrenza al 2023 e lavorare con le regioni per poter destinare, appena sarà possibile, un maggior finanziamento per retribuire meglio tutti gli operatori sanitari, ciò anche al fine di rendere maggiormente attrattivo il servizio prestato presso il nostro Servizio sanitario nazionale.

Rimanendo sul tema del personale occorre considerare che il sistema sanitario costituisce un sistema molto complesso, che risente di una molteplicità di variabili che sono 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 emergenza ed urgenze individuali e collettive. Per sostenere nuove sfide che il sistema sanitario nazionale si trova ad affrontare un ruolo fondamentale va attribuito ai professionisti, che sono i principali attori e le leve del sistema. Nella consapevolezza delle risorse umane per lo sviluppo ed il funzionamento dei servizi ospedalieri e territoriali è necessaria pertanto una costante attenzione al capitale umano del Servizio 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 ed 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 i professionisti più anziani con una lunga storia di impegno quotidiano in corsia e di giovani professionisti.

Tali limitazioni hanno comportato inoltre un incremento di varie forme di precariato, con conseguente demotivazione dei professionisti ed 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 specie riferimento 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.

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 a un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, prediligendo forme d'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 i rischi che favoriscono, 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, derivanti 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 si svolgono le loro prestazioni, a volte per poche ore, nell'arco del 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 di inadempimento delle 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 (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 e l'impiego esternalizzato di risorse umane non adatte a esigenze di specifici reparti ospedalieri, come la fornitura presso reparti di ostetricia e ginecologia di personale sanitario, tra cui i medici generici, non formato a gestire i parti cesarei o ancora personale medico da impiegare presso il pronto soccorso non specializzato nella medicina di urgenza.

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

Valorizzare il rapporto di lavoro dei medici delle cure primarie. Nell'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'appropriatezza della presa in carico dei bisogni di salute, connessi all'invecchiamento della popolazione e dall'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 sui pronto soccorsi e sugli ospedali e di offrire ai cittadini in maniera accessibile ed immediata i servizi di cui hanno bisogno.

Quanto al finanziamento del Fondo sanitario nazionale segnalò 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 ben 2 miliardi e 600 milioni in più per il 2025 rispetto a quanto previsto in precedenza. 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. Nel 2020 l'incremento è stato dovuto alla pandemia e agli effetti dell'ultima manovra di finanza pubblica.

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 bandi 2022 per 262 milioni e 2023 per lo stesso importo, su tre tematiche: malattie rare e tumori rari, malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socioassistenziali, e *proof of concept*.

I progetti finanziati nell'ambito del bando 2022 sono stati 226, ripartiti in base alle tre tematiche previste in questo modo: 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 su queste iniziative già avviate.

Inoltre, nel Piano nazionale per gli investimenti complementari, 105 milioni nel 2022, 115 milioni del 2023, 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 bio *hub* antipandemico, necessario a promuovere e coordinare la ricerca di alto profilo, anche in funzione dello sviluppo di contromisure mediche e della produzione preindustriale di nuovi vaccini anticorpi monoclonali contro infezioni emergenti e pandemia. Questo per avere un ruolo laddove dovessero ripresentarsi emergenze pandemiche, talché il nostro Paese non si trovi impreparato in queste evenienze.

Puntare sulle farmacie dei servizi. Le farmacie con la loro capillare diffusione su tutto il territorio nazionale, anche nelle aree rurali e più disagiate, rappresentano un punto di riferimento per la collettività e per il sistema sanitario nazionale, costituendo spesso il presidio sanitario più prossimo per i cittadini. Nel corso della gestione della fase pandemica le farmacie hanno garantito un indispensabile servizio a tutela del diritto della salute dei cittadini. È mia intenzione sostenere e promuovere ogni iniziativa che in modo sistematico e a regime possa consentire alla farmacia 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.

Implementare l'infrastruttura tecnologica e gli 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 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 mer-

cato unico digitale e mettere i cittadini dell'Unione europea al centro. I dati sono ormai riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale in campo sanitario e i cittadini devono essere in grado di accedere e condividere i propri dati 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 marzo 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 on line dei fascicoli sanitari elettronici per tutti i cittadini dell'Unione.

In questo contesto si inseriscono l'investimento PNRR per il potenziamento proprio del fascicolo sanitario elettronico, che come noto è stato istituito dall'articolo 12 del decreto-legge numero 179 del 2012, profondamente modificato negli ultimi anni ed è definito come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generato 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 affinché questo possa diventare: omogeneo a livello nazionale, punto di accesso per gli assistiti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal sistema sanitario nazionale, base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente, strumento per le regioni 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 in questo campo prevede la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione ed 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 fascicolo sanitario elettronico dovrà fornire. Prevede, inoltre, l'integrazione dei documenti da parte delle regioni all'interno del fascicolo sanitario elettronico, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle regioni che adotteranno la piattaforma del fascicolo sanitario elettronico, il supporto in termini di capitale umano e di competenza per realizzare i cambiamenti necessari per l'adozione del fascicolo sanitario elettronico.

Iniziative in tema di revisione e riordino degli enti vigilati. 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'AIFA, la cui organizzazione risale a circa venti anni fa per cui era ormai 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.

Ulteriore tematica di rilievo, che va promossa e sostenuta, è 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 maniera 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 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.

Vi ringrazio per l'attenzione.

**PRESIDENTE.** Grazie, signor Ministro. Noi abbiamo nel frattempo raccolto le richieste di intervenire. Do quindi la parola alla deputata Bonetti.

**ELENA BONETTI.** Intanto grazie, signor Ministro, per questa dettagliata e ampia relazione, con la quale ha illustrato le linee programmatiche del suo Ministero e che abbracciato davvero ampie tematiche e ampi aspetti. Siamo felici di questa chiarezza con cui ha ripercorso tutti gli obiettivi previsti dal PNRR, riconoscendo che certamente il PNRR rappresenta uno strumento, non certamente l'unico e lei stesso lo ha ben evidenziato nella sua relazione, per dare una risposta che il nostro Paese attende in modo strutturale, e che dia un incentivo nuovo all'elemento sanitario.

Credo che sia evidente, da quello che ha raccontato, quanto il nostro sistema sanitario presenti tuttora una situazione profondamente difforme tra i vari contesti regionali e che questa situazione difforme si traduca in un non pieno e compiuto rispetto di un principio costituzionale, che lei stesso ha richiamato. Perché oggi non è vero che c'è un pari accesso al diritto alla salute sul territorio nazionale; la speranza di vita di una donna che si ammala di tumore al seno in una regione piuttosto in un'altra cambia, evidentemente far sì che i nostri cittadini a seconda di dove nascono abbiano una diversa aspettativa di vita, non è certamente una cosa di fronte alla quale le istituzioni possono rimanere ferme.

Per fare questo le chiedo, perché forse non è stato sufficientemente approfondito, ma certamente per questione di tempo, non per altro, quella che è l'intenzione da parte del Ministero nella gestione dei rapporti con i livelli di commissariamento regionali. Ieri abbiamo esaminato in questa Commissione proprio il tema del commissariamento in Calabria e ci sono anche altri contesti territoriali che sono profonda-

mente critici. Inoltre c'è un tema, lei l'ha citato, quello degli IRCCS, che è sempre oggetto di trattazione di questa Commissione e che mi pare meriti anche da questo punto di vista una risposta che vada a valutare puntualmente le istituzioni territoriali differenziate come abbiamo richiamato.

Il secondo punto che lei ha richiamato, e mi pare altrettanto importante, è la questione della necessità di avere dei dati. Io sposo pienamente il suo approccio molto scientifico, poco ideologico, nel trattare il tema della sanità; l'elemento raccolta dati e digitalizzazione è il punto di partenza, condizione necessaria e non sufficiente. Mi permetto però di dire che su questo vorremmo capire in che modo la strategia viene definita anche nell'attuazione dei rapporti con le regioni. Durante l'esperienza del Covid abbiamo visto la fatica, vissuto la fatica rispetto a questo. La trasparenza totale dei dati, l'accessibilità dei dati anche alla comunità scientifica è uno degli elementi chiave. Quindi io veramente la invito a non trascurare, so che lei su questo non può che essere sensibile vista la sua alta professionalità proprio in questo settore, il fatto che ogni cosa che rimane opaca nel mondo scientifico di fatto perde il suo elemento di scientificità.

Altro elemento importante che lei ha richiamato, sul quale voglio tornare, è il tema della prevenzione e dello *screening*. Certamente paghiamo anni rispetto ai quali il Covid ha impedito un accesso pieno a questo elemento, è chiaro che su questo serve oggi un impulso ulteriore. Su questo mi permetto di dire c'è un tema importante, lei l'ha richiamato, quello della cronicizzazione per l'invecchiamento della popolazione, ma c'è un tema altrettanto importante che riguarda l'infanzia, forse oggi non sufficientemente presente nel dibattito pubblico. Su questo mi permetto anche di dire che non aiuta il nostro Paese a fare passi avanti una « ulteriore diffidenza » che si possa reinserire nell'ambito delle campagne sulla vaccinazione. Nel Piano nazionale oggi il nostro Paese ha un impegno altissimo sul target della vaccinazione HPV, per la prevenzione del tumore della cervice

uterina, ma abbiamo visto che i dati sono in peggioramento. Quindi io invece invito, dalla campagna per la vaccinazione antinfluenzale a questo tipo di campagna, il Ministero ad assumere prontamente posizioni nette, forti e nitide in questo senso.

Altro tema chiave la risoluzione del problema delle liste d'attesa, che è collegato anche al tema della prevenzione e dello *screening*, delle risorse per il pagamento del personale sanitario, dell'aumento, con un piano strategico della specializzazione delle competenze a livello sanitario, di un aumento dei pediatri e dei medici di base su tutto il territorio nazionale, che lei stesso ha richiamato.

E qui però io arrivo alla vera domanda che le pongo e chiudo. Lei più volte ha affermato che le regioni per fare tutto questo ha bisogno di risorse, che il sistema sanitario nazionale ha bisogno di ulteriori risorse, lei stesso ha detto: nei limiti di quanto sarà possibile sarà mia cura e mio impegno trovare queste risorse.

Allora io le chiedo, proprio perché sposo la sua linea della non ideologia, perché non abbiamo dato seguito all'attivazione, e nemmeno alla ratifica, per quanto riguarda il MES, e quindi questi 37 miliardi che avremmo potuto utilizzare pressoché a tasso zero, e che il Governo decide di non utilizzare, in che modo sono sostituiti. Questi 37 miliardi sarebbero serviti esattamente per fare quello che lei ha detto che ha intenzione di fare.

Quindi la domanda di fondo è: se non prendiamo queste risorse a tasso pressoché zero, dove li troviamo i 37 miliardi che sono necessari per fare tutte le azioni che lei giustamente ha richiamato e che sono importanti da fare.

**PRESIDENTE.** Grazie onorevole. Do quindi la parola all'onorevole Furfaro. Per tre minuti, onorevole, perché per il Partito democratico sono previsti due interventi.

**MARCO FURFARO.** Grazie Presidente e grazie signor Ministro per la relazione; le confesso che avremmo preferito averla qua prima di ricevere la legge di bilancio, anche per poter svolgere al meglio le nostre pre-

rogative. Però le confesso pure che stamattina ho capito anche perché è venuto dopo; nella sua densa relazione ci sono sicuramente buoni propositi, spunti programmatici, la cosa più evidente però è che non chiarisce con quali risorse si pensa di far fronte alle esigenze del Servizio sanitario nazionale, alle difficoltà delle regioni, alle aspettative dei professionisti, al diritto alla salute dei cittadini. Sinceramente la sua audizione non fuga appieno le nostre preoccupazioni e conferma gli elementi di criticità che abbiamo denunciato in queste settimane.

Vede Ministro, lei ci ha raccontato di un'inversione di tendenza riguardo al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale. Mi spiace dirlo, però a onor di dati e verità non è vero. Dal 2020 al 2022 il finanziamento è passato da 115 miliardi di euro a 134, stando sempre sopra la soglia del 7 per cento del PIL. Nel 2023 fino al 2025 passeranno da 134 miliardi a 132, cioè il 6,7 per cento del PIL nel 2023, 6,3 nel 2024, addirittura nel 2025 il 6,1, cioè un livello addirittura inferiore al periodo di prima della pandemia; quindi sì è un'inversione di tendenza ma al contrario. Lo dico perché l'investimento purtroppo previsto in legge il bilancio è totalmente insufficiente a fronteggiare sia i problemi contingenti che quelli strutturali. E accogliendo anche il suo invito a cercare di superare, anche in una logica di trasversalità, le contrapposizioni le chiedo dove troverà le risorse per i prossimi anni anche per provare a colmare il *gap* tra il numero di medici e di pediatri che dovremmo avere e quell'attuale. Tra l'altro un *gap* che è determinato non solo da un insufficiente numero di organico ma, come ci ha comunicato l'Ufficio parlamentare di bilancio, anche costruito purtroppo e incentivato da un *dumping* salariale che lei conosce bene, che deriva anche dall'estensione della *flat-tax*.

*Idem* per le liste d'attesa e le chiedo con quali finanziamenti e risorse pensa di aumentare l'organico; visto che il vincolo assunzionale non è stato tolto, le chiedo quando intenderà toglierlo. Rispetto al medico di base c'è una questione che ho molto

a cuore, perché come saprà ci sono 60 mila italiani senza fissa dimora, cioè persone che a causa della povertà e della disuguaglianza finiscono a vivere in una macchina perché non riescono a pagare l'affitto, perdono la residenza e purtroppo anche il diritto al medico di base e quindi il diritto alla cura.

Nella sua relazione non ha citato la salute mentale, la necessità di una maggiore integrazione sociosanitaria, ci preoccupa molto anche alla luce delle conseguenze evidentemente date dal Covid.

Infine signor Ministro, e chiudo nei miei tre minuti, le dico questo: noi abbiamo presentato molti emendamenti che vanno nella direzione da lei citata; visto che è in Consiglio dei ministri e che dovrà dare un parere su quegli emendamenti, proprio raccogliendo il suo appello le chiedo se intende sostenere la battaglia per provare ad aumentare le risorse in sanità e quindi andare incontro ad ottemperare gli obiettivi programmatici che lei ci ha qui enunciato.

PRESIDENTE. Grazie onorevole. Do quindi la parola al deputato Ciocchetti.

LUCIANO CIOCCHETTI. Presidente, Ministro, colleghi, plaudiamo alla relazione completa, con una visione di riorganizzazione profonda del sistema sanitario nazionale, avendo toccato, credo, tutte le questioni che in qualche modo fanno riferimento al dibattito che in questi anni, non solo in questi quaranta giorni di insediamento del nuovo Governo, si è posto per tentare di migliorare e risolvere le grandi questioni che abbiamo di fronte in merito alla organizzazione sanitaria nel nostro Paese.

Credo che il Ministro abbia precisato con chiarezza che noi vogliamo difendere e rilanciare il sistema sanitario universale, che è una delle caratteristiche fondamentali di questo Paese, su cui vogliamo continuare a portare avanti con grande forza e con grande chiarezza e trasparenza ogni iniziativa per risolvere le grandi questioni che abbiamo di fronte.

Voglio partire dal tema del finanziamento, perché da questo punto di vista

bisogna fare un po' di chiarezza, anche in rapporto alle polemiche che ho letto sui giornali, o ascoltato nelle televisioni ed altri argomenti che anche il collega Furfaro in questo momento ha rilanciato; bisogna fare una questione di chiarezza e di verità.

Il 2020-2021 rappresenta una situazione molto particolare, e noi oggi abbiamo un prodotto interno lordo che è crollato, e quindi fare un riferimento al finanziamento sulla sanità in rapporto al PIL nel 2022 e nel 2023 credo che sia un errore profondo, anche perché nel 2020 e nel 2021 in questo Paese c'è stato uno sfioramento di bilancio di circa 150 miliardi di euro, che ha portato chiaramente ad avere complessivamente un aumento del prodotto interno lordo che oggi invece ritorna ad essere un prodotto interno lordo che soffre le condizioni di un Paese che esce da una profonda e drammatica pandemia e una profonda crisi economica. Quindi i dati che vanno affrontati sono i dati reali di cui il Ministro parlava, che appunto prevedono uno stanziamento considerevole in più in confronto con i precedenti anni che va preso in senso reale: 2 miliardi e 150 milioni nel 2023, 2 miliardi e 300 milioni nel 2024 e 2 miliardi e 600 milioni nel 2025. E credo anche che il Governo si pone la questione di trovare altre risorse nel corso degli anni, nel corso della legislatura, proprio perché ci sono da fare una serie di modifiche, di riforme sostanziali che affrontino i grandi nodi che sono stati sottolineati in maniera precisa da parte del Governo e da parte del Ministro.

Voglio solo sollecitarne alcuni. Il tema del personale, che credo che sia la questione più drammatica che abbiamo di fronte, anche per la demotivazione, soprattutto per alcune categorie, come chi lavora nei pronto soccorso. Purtroppo noi abbiamo ancora oggi questo tetto alla possibilità del *turnover* la cui rimozione è stata annunciata più volte. Se andiamo a riprendere su Internet i comunicati dei Governi precedenti, troveremo « abbiamo finalmente tolto il tetto del *budget* per il *turnover* », e purtroppo questo tetto del *budget* per il *turnover* non è stato tolto, è ancora presente, è ancora quello che lega al *budget* del

2004 meno l'1,4 per cento. Credo che questo sia un tema che nel prossimo anno il Governo si porrà per cercare di superare profondamente questa questione, anche per il personale tecnico e il personale amministrativo, che in qualche modo ha visto bloccato le opportunità di *turnover*.

Voglio porre un'altra questione, che in questi giorni ha aleggiato nei contatti che credo ciascuno di noi ha avuto con le categorie, con Confcommercio, con Confindustria: il tema del *payback*, che è stato applicato in maniera folle, scusate il termine. Io credo che sia una norma anticonstituzionale; perché richiedere indietro i pagamenti ai fornitori che hanno vinto una gara, quando una regione sfiora il tetto posto per l'acquisto dei dispositivi sanitari — dal 2015 adesso io chiedo i soldi indietro — credo che sia una profonda follia. È una questione su cui chiedo che si possa, ci sono emendamenti al riguardo, trovare una soluzione.

L'ultima questione che voglio porre è il tema del territorio. Noi abbiamo un problema serio. Il PNRR, come lei ha richiamato, ha fatto una serie di stanziamenti sugli ospedali di comunità, sulle case di comunità e su altro ma prevede uno stanziamento invece assolutamente insufficiente per l'assistenza domiciliare, che è la risposta alla cronicità, che è la risposta alle persone anziane che vivono da sole in questo Paese. Spero davvero che nei prossimi mesi si possa lavorare intorno anche all'individuazione di opportunità per mettere in campo un grande piano di assistenza domiciliare sanitaria integrata.

**PRESIDENTE.** Grazie onorevole Ciocchetti. Do quindi la parola all'onorevole Quartini.

**ANDREA QUARTINI.** Grazie Presidente e grazie anche al Ministro, e devo dire, da professionista medico io stesso, ho apprezzato il modo con cui ha cercato di descrivere il progetto futuro di sanità per questo Paese, perché si è basato su diverse evidenze e quindi gran parte dell'intervento è sostanzialmente condivisibile; non tutto ma gran parte.

Resto dell'avviso che purtroppo non ha parlato granché delle risorse necessarie per aiutare il Servizio sanitario nazionale, il Servizio sanitario nazionale pubblico. Perché oggettivamente sappiamo che un sistema sanitario efficiente richiederebbe almeno di investire l'8 per cento del PIL e qui in chiave anche di progressione si va verso il 6 per cento, e sappiamo benissimo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera come povero qualunque servizio sanitario che scenda al di sotto del 6,5 per cento del PIL. E questo è un dato, è un dato importante su cui dobbiamo assolutamente riflettere. Gli investimenti in sanità, anche in questa legge di bilancio, sono del tutto insufficienti: perché 2 miliardi e 150 milioni, quando 1 miliardo e 400 milioni serve per l'incremento dei costi energetici, al netto dell'inflazione vuol dire definanziare il Servizio sanitario nazionale. Questo è un dato di fatto e bisogna, e l'ha detto tra le righe il Ministro e su questo sono d'accordo, continuare a pensare che la spesa sanitaria è un investimento e non un costo. Quindi io confido che il Ministro vada avanti in questa direzione.

Ci sono degli investimenti nella legge di bilancio per il personale del pronto soccorso. Bene; nessuno nega l'importanza di investire da un punto di vista economico sul personale del pronto soccorso, ma noi sappiamo bene, per lo meno nell'ambito della categoria dei medici, che il problema non sono 200 euro in più al mese, in libera professione basta una visita per avere 200 euro in più. Il problema è l'organizzazione del pronto soccorso, il problema è la qualità della vita nel pronto soccorso, che non è solo legato al rischio di violenza ma è legato al massacro quotidiano dei nostri colleghi a cui, va tutto il nostro plauso, soprattutto in fase pandemica. Sappiamo benissimo che hanno lavorato a volto scoperto e a mani nude, però il problema è proprio l'organizzazione del pronto soccorso, il problema sono i due imbuti: in ingresso perché il territorio va fatto lavorare bene, soprattutto nell'ambito della cronicità e in uscita perché la riduzione dei posti letto dentro gli ospedali implica una congestione del pronto soccorso e rende

invivibile il pronto soccorso, prima di tutto ai pazienti che per ore rimangono fermi nel pronto soccorso, ma anche ai colleghi che ci lavorano, al personale infermieristico, al personale OSS, ai medici. Quindi è chiaro che va rivisto il sistema. E io dico che il decreto n. 77 doveva essere il «decreto n. 69», perché doveva arrivare prima del decreto n. 70, dei nuovi standard ospedalieri, su cui si doveva intervenire in maniera tale che fosse il territorio che funzionando bene sottraeva i posti letto e non viceversa; si è pensato che riducendo i posti letto si riusciva a far funzionare il territorio. Quindi questo è un elemento su cui dobbiamo assolutamente riflettere.

Chiedo al Ministro se non ritiene una grande contraddizione il fatto di rendere più attrattivo il lavoro delle partite IVA con la *flat-tax* che lavorare nel servizio pubblico: perché oggi un medico che guadagna 80 mila euro nel servizio pubblico viene tassato al 40 per cento, se va a fare il libero professionista viene tassato al 15, questo è un elemento su cui, secondo non solo il sottoscritto ma molti altri e anche le categorie sindacali lo hanno sottolineato a più riprese, dobbiamo riflettere.

Io le liste d'attesa le chiamerei liste di disattesa, perché è disatteso qualunque tipo di intervento si sia fatto e si vede ancora di più nell'ambito delle differenze regionali. Quindi dobbiamo riflettere sul regionalismo differenziato che c'è in sanità e dobbiamo superarlo se vogliamo rendere uguale il servizio sanitario su tutto il territorio nazionale.

Io non mi rendo conto di quanto tempo ancora mi è rimasto.

**PRESIDENTE.** Siamo arrivati al termine, la stavo facendo concludere.

**ANDREA QUARTINI.** Allora, una considerazione finale a cui tengo molto; vorrei che il Ministro mi incoraggiasse che si sta andando in una qualche direzione da questo punto di vista. Si è parlato poco nella sua presentazione di prevenzione: prevenzione primaria, di fattori di rischio di malattia, di fumo di sigaretta, che sappiamo benissimo sono stati alla base anche del

danno sindemico piuttosto che del danno pandemico, e credo questo sia un elemento su cui dobbiamo riflettere. Sappiamo che i danni da ambiente in Italia sono più significativi che nel resto d'Europa, abbiamo delle aree in Val Padana, nella Piana fiorentina, dove c'è un inquinamento che è più alto che in tutto il resto d'Europa, e sappiamo che sono 90 mila i morti l'anno da inquinamento, quindi bisogna lavorare anche in quella direzione quando si parla di cronico.

Gradirei qualcosa in più sulla capacità del sistema che dovrebbe implementarsi per prevenire la non autosufficienza, quindi fare in modo che si rallenti la progressione dall'autosufficienza alla non autosufficienza, e anche promuovere il *silver cohousing* in alternativa alle RSA, che, come diceva il più grande geriatra che abbiamo avuto in Italia, il professor Antonini, sono il modo peggiore per finire la propria vita.

**PRESIDENTE.** Grazie onorevole. Do quindi la parola all'onorevole Girelli, per due minuti.

**GIAN ANTONIO GIRELLI.** Grazie Presidente e grazie signor Ministro. Sarò didascalico visto il tempo a disposizione.

Mi è piaciuto molto il richiamo iniziale all'articolo costituzionale, che penso debba rimanere un riferimento davvero per tutti, si tratta però di riuscire ad attivarlo e ad attuarlo nella concretezza dell'agire. E da questo punto di vista mi permetto di fare fin da subito, un richiamo, non al Ministro ma magari a chi gli sta attorno, di lanciare sempre messaggi molto chiari e comprensibili e non fraintendibili su alcune scelte, tipo la vaccinazione o altre scelte strategiche, che non possono essere oggetto di confusione e soprattutto di cattiva informazione ai cittadini.

Vado per punti. Il PNRR secondo me non dobbiamo confonderlo come un obiettivo, è uno strumento che ci mette in condizione di poter raggiungere degli obiettivi, che però dobbiamo ben rafforzare con delle scelte strategiche. Si è parlato di prevenzione, ecco le chiedo come si intende soprattutto implementare il tema dell'educa-

zione, anche gli stili di vita alimentari; il tema della salubrità dei luoghi di lavoro e la sicurezza del luogo di lavoro, piuttosto che dell'ambiente in cui viviamo. Insomma, un passaggio dall'idea di sanità intesa come cura della malattia, a cura della persona e quindi la tutela del suo benessere.

Si è parlato di strumentazioni, quindi di telemedicina, tutte le opportunità che giustamente ormai la tecnologia ci permette. Le chiedo come si intende investire soprattutto per formare le persone all'uso di tutti questi strumenti, perché spesso e volentieri, specie nelle zone periferiche e per le persone più anziane, invece che diventare dei facilitatori rischiano di diventare dei motivi di ulteriore disagio oppure di marginalizzazione.

Si è parlato di personale giustamente, in maniera anche molto molto chiara. Io vorrei porre in risalto due aspetti su cui le chiedo una precisazione: come si intende favorire la multidisciplinarietà del personale sanitario. Troppe volte c'è un eccesso di specializzazione, secondo me di attenzione sulla malattia invece che sulla persona malata che ha bisogno di un'*équipe* che se ne occupa e la prende in carico. E anche un rapporto più stretto con il tema degli enti locali, quindi con il socio sanitario, laddove a volte la cultura, il modo di vivere ha molto a che fare con la qualità della vita e quindi anche sulla prevenzione e sulla salute delle persone.

Sul personale c'è anche da fare un forte investimento non solo in termini economici ma anche di ruolo; io penso che la crisi dei medici di medicina generale non sia dovuta solo a un fatto economico ma è dovuta al mancato riconoscimento di un ruolo che storicamente hanno avuto, strategicamente importante per il nostro sistema.

Non voglio tralasciare il rapporto pubblico privato che secondo me va affrontato in maniera molto seria, il mio accento oxfordiano fa capire che vengo dalla Lombardia dove il rapporto ha generato qualche problema. Non è un'accusa al privato, ma la necessità di ricondurlo a una regia pubblica.

Ultimo tema, le risorse. Indubbiamente, e lo dico al collega Ciocchetti, la matema-

tica dovrebbe metterci tutti d'accordo, il rapporto sul PIL e l'investimento è un dato di fatto che ha a che fare con valori assoluti e quindi non sindacabili.

Mi permetto di dirle, Ministro, anche noi siamo dell'idea che bisogna investire di più in sanità. Io penso che lei nel suo programma abbia indicato come questo sia una necessità, le voglio dire che ci saremo e ci saremo fino in fondo per sostenere tutte le risorse in più che rivendicherà in sede di Governo rispetto ai suoi colleghi. È una priorità, una scelta strategica che secondo me non possiamo rimandare; deve essere davvero molto condivisa, da parte nostra sicuramente questa condivisione ci sarà.

PRESIDENTE. Grazie onorevole Girelli. Do la parola al deputato onorevole Benigni.

STEFANO BENIGNI, *intervento da remoto*. Grazie Ministro. Da parte del gruppo di Forza Italia, la ringrazio per aver chiarito al meglio gli obiettivi e le sfide che ci attendono nei prossimi cinque anni. Ovviamente apprezziamo e condividiamo tutto quanto lei ha riportato nella sua relazione.

Per iniziare è bene chiarire che non è mai facile trovare le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi che ci si prefigge. Noi usciamo da una situazione chiaramente drammatica, abbiamo vissuto degli anni dove i Governi hanno dovuto far fronte ad un'emergenza straordinaria, chiaramente gli impegni di spesa sono stati elevati, abbiamo fatto fronte ad un'emergenza grazie anche degli scostamenti di bilancio che hanno superato i 150 miliardi di euro, ma sappiamo perfettamente che questo nel prossimo futuro non sarà più possibile. Ed è per questo che dobbiamo anche fare i conti con la realtà.

Noi abbiamo una legge di bilancio che è stata fatta per forza di cose alla svelta, nell'arco di un mese da quando è nato il Governo, che stanziava di fatto il 60 per cento delle risorse per far fronte alla situazione energetica. Ci auguriamo nei prossimi anni che si dovranno mettere sempre meno risorse, sperando di tornare alla normalità il prima possibile rispetto a quello che è il

caro-energia, quindi che possono essere investite più risorse sul campo della sanità per raggiungere quegli obiettivi che lei ha configurato bene nella sua relazione.

Siamo molto soddisfatti del fatto che fin da subito abbia fatto partire dei controlli per verificare gli *standard* qualitativi delle strutture sanitarie; chiaramente in un Paese evoluto come il nostro non è accettabile che ci siano ancora delle situazioni dove ci sono cittadini di serie A e cittadini di serie B. Questa è una realtà che conosciamo bene e che dovremo affrontare nei prossimi mesi. Così come ha dato particolare attenzione al tema delle liste d'attesa, questo è il vero *vulnus* del nostro Paese; maggioranza e opposizione dovranno porre la massima attenzione e concentrazione, compiere il massimo lavoro per cercare di risolvere questo problema che è un problema grave e che i cittadini devono affrontare quotidianamente.

Già questa legge di bilancio comunque è un piccolo primo passo per andare nella direzione che ci auspichiamo, questo lo possiamo notare già dall'aumento delle indennità del personale medico ospedaliero rispetto al tema del pronto soccorso; ma come ha detto bene il Ministro confidiamo che questo si possa estendere a tutto il personale medico ospedaliero. Abbiamo visto in questi anni durante la pandemia quanto sia prezioso il lavoro e il contributo dei nostri medici, dei nostri infermieri e di quanti lavorano nel campo sanitario, quindi da questo punto di vista non dobbiamo tirarci indietro, anzi dobbiamo avere il coraggio di fare sempre dei passi in avanti.

Il tema della prevenzione è fondamentale. Chiaramente nell'ottica di un'uscita dalla pandemia del COVID-19 dobbiamo porre la concentrazione rispetto a questa grande sfida, che è quella della prevenzione, e quindi rafforzare il sistema degli *screening* riferiti a malattie gravi chiaramente, i tumori, perché in questi anni purtroppo, è anche la denuncia di diversi medici, abbiamo trascurato quella che è stata la prevenzione. E quindi di fatto dovremo davvero affrontare questa sfida con determinazione, perché è necessario dare

attenzione ai più fragili e a chi sostiene i più fragili, quindi i loro *caregiver*.

Dobbiamo fare in modo di dare spazio alla ricerca di soluzioni per le malattie rare, per le malattie croniche, quindi cercare di aumentare il livello qualitativo della nostra sanità in generale. Per fare questo chiaramente servono risorse, noi siamo determinati nel dare pieno supporto al Governo per far sì che la sanità possa essere rafforzata da un punto di vista delle risorse economiche. Il prossimo anno, sperando di uscire appunto dalla crisi energetica, sarà un anno che ci vedrà impegnati sicuramente sul bilancio delle strutture sanitarie, quindi io confido sul fatto che grazie al lavoro del Ministro, grazie al lavoro della Commissione, maggioranza e opposizione unite — perché da questo punto di vista non ci deve spaventare il fatto di poter lavorare in sinergia, è chiaro ci sono dei punti di vista differenti ma ci sono delle battaglie comuni sulle quali possiamo fare un grande lavoro — potremo ottenere dei risultati positivi.

Grazie Ministro, avrà sicuramente il supporto del gruppo di Forza Italia per i prossimi anni e per le sfide che ci attendono.

**PRESIDENTE.** Grazie onorevole Benigni. Do quindi la parola all'onorevole Zanella.

**LUANA ZANELLA.** Grazie Presidente. Grazie Ministro per la sua accurata, estesa e approfondita relazione. Io credo che lei e il suo Governo abbiate un compito veramente cruciale, perché si tratta ormai a mio giudizio di salvare il Servizio sanitario nazionale, questo è il nodo.

E qui necessitano due cose: che venga assunto il principio universalistico e la necessità che ci sia il combinato disposto tra la politica sanitaria e la riforma, o meglio l'applicazione, dell'articolo quinto della Costituzione. Quindi le due partite andrebbero accompagnate, si devono assolutamente incrociare.

Il compito è affascinante e da un certo punto di vista, perché sappiamo che il Servizio sanitario nazionale, così come si è

andato affermando in Italia, è frutto intanto di un ciclo di lotte — degli anni Settanta, ricordo a tutti e tutte — che ha sicuramente portato la civiltà, sia giuridica sia dal punto di vista della cultura sanitaria e socio sanitaria, molto avanti. Il collega Furfaro, parlava della riforma della salute mentale, o meglio della necessità di riprenderla in mano in un momento anche di grande crisi, secondo me, della medesima.

La seconda necessità che individuo è proprio in termini di bilancio. Il Servizio sanitario nazionale è stato sacrificato nel corso degli anni di crisi economica, mi riferisco al decennio, tanto per cercare di collocarlo storicamente, prima della pandemia, proprio per risparmiare in termini di cassa. La pandemia ha rivelato le carenze, le strozzature e gli effetti di queste sciagurate politiche di contenimento della spesa pubblica sanitaria. Mi riferisco anche ai tagli dei posti letto, ai tagli del personale, che hanno segnato anche la disaffezione del personale sanitario, già quindi prima della pandemia se vogliamo. La pandemia ha secondo me reso tutte e tutti consapevoli del fatto che la salute pubblica, e la necessità di un sistema sanitario e di un servizio sanitario degno di questo nome, fosse legato alla sanità pubblica.

Ed è bene quindi che tutte le linee che sono state descritte hanno sicuramente affrontato questo tipo di necessità e hanno dato anche delle risposte. D'altronde è stato dedicato molto spazio al PNRR, che è ovviamente già impostato, già delineato, e che necessita ovviamente di essere accompagnato anche da politiche di bilancio conseguenti e che vanno ad integrare. Perché sappiamo che la maggior parte delle partite del PNRR riguardano investimenti che hanno bisogno anche di essere accompagnati, completati e che trovino realizzazione; accanto c'è la necessità di prevedere le partite per la spesa corrente.

A proposito di questo io volevo anche sottolineare due cose. Già prima dell'avvio del PNRR il Ministero della salute aveva previsto una rivisitazione, una riforma, del Servizio nazionale attraverso 22 progetti, indispensabili alla trasformazione e alla riforma stessa, soprattutto in vista dell'ap-

plicazione e della realizzazione in tutto il Paese, dei livelli essenziali di assistenza. Era stata preventivata una spesa per questo tipo di obiettivo di almeno 68 miliardi. E quindi il fatto che invece si preveda nei prossimi tre anni, nel triennio previsto dalla legge di bilancio, invece, come è stato sottolineato da altri colleghi, un progressivo calo, ci fa veramente disperare da questo punto di vista perché non ci siamo.

E in questo senso spero che i nostri emendamenti vengano approvati, perché sicuramente andranno a porre rimedio ad una contraddizione in termini e anche ad una impossibilità di realizzare il programma stesso che è stato oggi proposto.

Il secondo aspetto che volevo sottolineare per chiudere è questo, lo diceva anche il collega Quartini: in termini di prevenzione e promozione di salute io vorrei avere i dati più precisi di quanto viene destinato, in termini anche di risorse e di progetti, alla prevenzione primaria e secondaria. Se non si affronta veramente in maniera risoluta ed efficace il problema degli stili di vita, del rischio ambientale, dell'inquinamento atmosferico e dei rischi legati al lavoro, secondo noi sarà molto molto difficile dare concretezza a quella che è una delle dimensioni che possono non soltanto promuovere la salute ma anche ridurre la spesa pubblica, evitando di essere costretti a erogare terapie spesso per molti anni.

Concludo ringraziandola di nuovo, e attendendo, nel momento in cui presenteremo gli emendamenti, delle risposte da parte del Governo che vadano in coincidenza con anche quelle che sono state poi oggi le linee programmatiche da lei presentate.

**PRESIDENTE.** Grazie onorevole Zanella. Siamo all'ultimo intervento, onorevole Loizzo.

**SIMONA LOIZZO.** Grazie Presidente. Volevo esprimere tutto il mio plauso al programma illustrato dal Ministro. Si vede, Ministro, che lei è un medico ed è un medico anche di grande valore. Da medico e da ex direttore di un dipartimento chi-

rurgico esprimo ogni mio apprezzamento per il potenziamento da lei indicato sulle reti oncologiche nazionali, sulle reti tempo dipendenti, sulle malattie rare e anche sulle reti dei tumori rari. Le devo dire che ovviamente quello che ho sentito negli interventi, diciamo di preoccupazione, va anche un po' contestualizzato. Alcuni interventi per me sono inammissibili, perché provengono da parti politiche che hanno governato la sanità prima di noi.

Esprimo ancora una grande attenzione, come anche lei ha sottolineato, perché non ci sia discrepanza nel potenziamento del territorio, quindi nell'applicazione del decreto ministeriale n. 77 del 2022, le Case della comunità che il PNRR ci regala ma che non ci riempie di contenuti professionali. Quindi invito il Ministero a vigilare su una crescita che sia parallela e di uguale rappresentanza delle strutture – che non diventino poi alberghi nel futuro – e del personale, che è il capitale umano specialistico che deve riempirle.

Ulteriore apprezzamento per l'interesse verso le farmacie, che sono state nel Covid, lo dico perché io vengo da una regione in cui nei comuni spopolati e lontanissimi dai presidi ospedalieri *spoke* e *hub*, sono l'unico presidio di difesa, quindi anche questo mi sento di sottolinearlo.

Poi le chiedo ancora un particolare impegno perché si faccia chiarezza sulla gestione sanitaria del Covid, lo dobbiamo a tutti gli operatori hanno lasciato i loro figli orfani e che meritano di avere chiarezza. E ovviamente ringrazio in questo contesto il sottosegretario Marcello Gemmato, che più di una volta ha sottolineato la necessità di questa chiarezza, e a tutti coloro che firmeranno la proposta di legge per l'istituzione di una Commissione d'inchiesta.

Una cosa molto più tecnica; le devo sottolineare che nel processo di aziendalizzazione ci sono state nel tempo molte fusioni e unioni di aziende sanitarie legittimate – ma lei lo sa perché viene dall'Università di Roma Tor Vergata – dal decreto legislativo n. 517 del 1999. Questo ovviamente ha dato un impulso a correggere alcuni errori di programmazione che non vedevano riconosciuti alcune realtà e

sdoppiavano anche l'erogazione di prestazioni tra università e aziende ospedaliere. Quindi le segnalo, per quanto lei lo saprà bene, che anche la Calabria ha necessità di sapere con certezza il percorso da seguire nella fusione per incorporazione della Mater Domini col Pugliese Ciaccio; ma non è solo un problema calabrese, perché questo ritardo impedisce il decollo di grandi aziende, in cui la fusione per incorporazione non deve assolutamente dimenticare la qualità della ricerca assegnata agli universitari accanto alla qualità della parte clinica assistenziale, che è parte ovviamente ospedaliera. Quindi su questo le chiedo un suo particolare impegno.

Le devo dire ancora grazie e speriamo di averla qui periodicamente in Commissione per sentire come il suo lavoro evolverà in *progress*, perché noi siamo come medici, come operatori e come membri della Commissione sempre molto vicini al Ministro e alla sua programmazione, guidata anche dalle audizioni in Commissione.

PRESIDENTE. Grazie onorevole. Si sono conclusi gli interventi. Signor Ministro, la sua relazione esaustiva, analitica, a mio modo di vedere molto completa, ha dato vita a un dibattito altrettanto positivo e costruttivo, del quale ringrazio veramente tutti i colleghi. Però abbiamo purtroppo

esaurito i tempi che erano stati dati alla Commissione, quindi salvo che lei non voglia comunque dire qualcosa, io approfitterei della sua disponibilità per un secondo incontro da dedicare a delle repliche puntuali. Ho visto che ha preso buona nota di tutto e sono sicuro che anche lei avrà piacere e bisogno del tempo necessario per rispondere punto su punto.

ORAZIO SCHILLACI, *Ministro della salute*. Ringrazio per le domande e il dibattito, che è sicuramente costruttivo, quindi adesso mi riguardo un po' tutto con calma per avere poi la possibilità di replicare e poi anche per ridiscutere con tutti i componenti della Commissione. Credo che sia utile e proficuo. Grazie.

PRESIDENTE. La ringrazio signor Ministro, la ringrazio della presenza, le formulo ancora i miei e i nostri migliori auguri di buon lavoro e saluto tutti.

Rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

**La seduta termina alle 11.45.**

*Licenziato per la stampa  
il 26 gennaio 2023*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



\*19STC0018970\*