

**COMMISSIONI RIUNITE
AFFARI SOCIALI (XII)
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI
IGIENE E SANITÀ (12^a)
DEL SENATO DELLA REPUBBLICA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

6.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 MARZO 2021

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE DELLA XII COMMISSIONE DELLA CAMERA
DEI DEPUTATI **MARIALUCIA LOREFICE**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Bagnasco Roberto (FI)	13
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i>	3	Bellucci Maria Teresa (Fdi)	23
Audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza, sulle linee programmatiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):		Binetti Paola (FIBP-UDC)	22
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i>	3, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 40	Boldrini Paola (PD)	20
		Bologna Fabiola (MISTO-C !-PP)	21
		Cantù Maria Cristina (Lega)	17
		Carnevali Elena (PD)	25
		Castellone Maria Domenica (M5S)	24

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Partito Democratico: PD; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Fratelli d'Italia: Fdi; Italia Viva: IV; Liberi e Uguali: LeU; Misto: Misto; Misto-L'Alternativa c'è: Misto-L'A.C'È; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Cambiamo !-Popolo Protagonista: Misto-C !-PP; Misto-Noi con l'Italia-USEI-Rinascimento ADC: Misto-Nci-USEI-R-AC; Misto-Facciamo Eco-Federazione dei Verdi: Misto-FE-FDV; Misto-Azione+Europa-Radicali Italiani: Misto-A+E-RI; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Europeisti-MAIE-PSI: Misto-EUR-MAIE-PSI.

	PAG.		PAG.
D'Arrando Celeste (M5S)	19	Pirro Elisa (M5S)	28
De Filippo Vito (PD)	29	Richetti Matteo (PIÙEU-A)	25
Iori Vanna (PD)	31	Rizzotti Maria (FIBP-UDC)	23
Gemmato Marcello (FdI)	27	Sapia Francesco (MISTO-L'A.C'È)	22
Lapia Mara (MISTO-CD)	30	Siclari Marco (FIBP-UDC)	30
Menga Rosa (MISTO)	32	Speranza Roberto, <i>Ministro della salute</i> ..	3, 33
Novelli Roberto (FI)	27	Stabile Laura (FIBP-UDC)	32
Noja Lisa (IV)	15	Zaffini Francesco (FdI)	14

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
DELLA XII COMMISSIONE DELLA CA-
MERA DEI DEPUTATI
MARIALUCIA LOREFICE

La seduta comincia alle 8.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata, oltre che attraverso la resocontazione stenografica, anche attraverso la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei Deputati.

Audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143 comma 2 del regolamento della Camera, l'audizione del Ministro della Salute Roberto Speranza sulle linee programmatiche del suo dicastero, dinanzi alle Commissioni riunite, XII della Camera dei Deputati e 12^a del Senato della Repubblica.

Ricordo che alla luce di quanto stabilito dalla Giunta per il regolamento della Camera nella riunione del 4 novembre del 2020, i deputati possono partecipare alla odierna seduta in videoconferenza, parimenti anche i senatori possono partecipare alla seduta in videoconferenza.

Ringrazio, anche a nome della presidente della 12^a Commissione, Igiene e sanità del Senato, Annamaria Parente, e di tutti i componenti delle Commissioni oggi riunite, il Ministro Speranza per la disponibilità. Ricordo che, sulla base di quanto

si è stabilito, alla illustrazione delle linee programmatiche del Ministro seguirà il dibattito, con un intervento per ciascun gruppo parlamentare della XII Commissione della Camera e della 12^a Commissione del Senato della durata di non oltre cinque minuti ciascuno.

Potranno intervenire anche più deputati e senatori per gruppo, restando sempre nell'ambito dei cinque minuti complessivi.

A questo punto cedo la parola del Ministro Speranza. Prego, ministro.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Grazie, presidente Lorefice, ringrazio anche la presidente Parente per questa possibilità di confronto.

Questa audizione nasce in un momento in cui con l'avvio delle attività del nuovo Governo i Ministri competenti si confrontano con le Commissioni di riferimento per l'illustrazione delle linee programmatiche.

Quindi la mia relazione verterà essenzialmente su questo, cioè le linee programmatiche e anche un'agenda di Governo da qui alla fine della Legislatura. È del tutto evidente, però, che questa audizione arriva in un momento particolarmente delicato, e le stesse presidenti mi hanno sollecitato, credo sulla base delle interlocuzioni anche con tanti gruppi parlamentari, di premettere alla parte di intervento che sarà più specificamente legata alle linee programmatiche e quindi alla agenda di Governo da qui alla fine della Legislatura, anche un momento di informazione, che io ritengo un'opportunità doverosa, sulla più stringente attualità, in modo particolare le questioni che riguardano le ultime scelte del piano di vaccinazione, la questione in modo particolare di AstraZeneca, e più in generale la necessità di rafforzare il più possibile la nostra campagna di contrasto al COVID-19, anche alla luce delle nuove or-

dinanze sottoscritte e del nuovo decreto-legge approvato dal Governo nella passata settimana.

Voglio partire, quindi, dalla vicenda AstraZeneca, molto velocemente, per poi toccare gli altri argomenti. Mi sia consentito di dire in premessa che il Governo italiano considera i vaccini la prima vera chiave per chiudere la stagione così difficile che stiamo vivendo da oltre un anno. Quanto avvenuto nelle ultime ore nei principali Paesi europei non incrina in nessun modo la nostra fiducia nell'arma più importante di cui disponiamo per contrastare il COVID-19.

La campagna di vaccinazione va quindi avanti e dovrà nei prossimi giorni accelerare, anche grazie all'aumento delle dosi che saranno a nostra disposizione. L'auspicio del Governo italiano e dei principali Governi europei è che già nella giornata di domani possano arrivare dal Comitato per la sicurezza dell'EMA (Agenzia europea per i medicinali) i chiarimenti e le rassicurazioni necessarie per potere superare le difficoltà delle ultime giornate e le decisioni assunte insieme dai principali Paesi europei.

Il Governo Italiano ha la massima fiducia nella Agenzia regolatoria europea, come in quella del nostro Paese. Noi pretendiamo il massimo livello di sicurezza e continueremo a avere il massimo livello di attenzione rispetto alla sorveglianza di potenziali eventi avversi.

La sospensione temporanea e precauzionale, ripeto temporanea e precauzionale, delle somministrazioni di AstraZeneca, avvenute il 15 marzo in Italia, in Germania, in Francia, in Spagna e poi, a seguire, in numerosi ulteriori Paesi europei, è stato il frutto di un confronto prima tra le agenzie regolatorie nazionali e poi tra i Ministri della salute in costante raccordo con i capi dell'Esecutivo.

Il prestigioso *Paul Ehrlich Institute* ha segnalato in Germania sette casi di trombosi occorsi tra i quattro e i sedici giorni successivi alle somministrazioni del vaccino in pazienti giovani tra i 20 e i 50 anni, tra i quali forme molto rare di trombosi cerebrali dei seni venosi in concomitanza

con piastrinopenia e sanguinamento. Queste evidenze hanno indotto gli esperti tedeschi a suggerire di sospendere la vaccinazione con AstraZeneca.

Nelle stesse ore in molti altri Paesi europei erano avvenute sospensioni delle somministrazioni di tutte le dosi di AstraZeneca — penso a esempio alla Danimarca, all'Irlanda, alla Norvegia — o solo di alcuni lotti. Il primo Paese europeo è stato l'Austria il 9 di marzo. In Italia prima la Procura di Siracusa, poi quella di Biella avevano sospeso prima il lotto ABW2856 e poi il lotto ABW5811.

Alla luce di queste considerazioni e della concatenazione di eventi che ho velocemente descritto, i principali Paesi europei, in raccordo tra loro hanno valutato in via del tutto cautelare e precauzionale di sospendere le somministrazioni di AstraZeneca e di chiedere all'EMA un chiarimento su tutti gli ultimi dati emersi dalla farmacovigilanza, in Germania e non solo.

Ribadisco che il nostro auspicio è quello che già nella giornata di domani possano arrivare risposte confortanti, che ci mettano nelle condizioni di rilanciare senza esitazione la campagna di vaccinazione che riteniamo l'arma fondamentale per contrastare il COVID-19.

Queste notizie e questi avvenimenti arrivano in una fase di particolare delicatezza, perché siamo in una fase di accelerazione della campagna di vaccinazione. Voglio ricordare che nel prossimo trimestre, che inizia il primo di aprile, l'attesa del nostro Paese è di oltre 50 milioni di dosi, sommando tutte le aziende farmaceutiche che abbiamo ormai a disposizione, per la somministrazione del vaccino.

Come è noto, alla fine della prima decade di marzo è stato approvato da EMA e da AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) anche il vaccino Johnson & Johnson, che ha una caratteristica particolarmente significativa sul piano organizzativo e distributivo, perché è il primo vaccino monodose, quindi l'aspettativa è di una capacità e disponibilità molto significative di vaccini nelle prossime settimane.

Lo ribadisco, nel secondo trimestre l'attesa è di oltre 50 milioni di dosi in arrivo,

nel terzo trimestre l'attesa per i contratti oggi validi è di circa 80 milioni di dosi in arrivo.

Questo significa che noi veniamo messi nelle condizioni di sviluppare un'accelerazione molto significativa.

Per intercettare questa maggiore disponibilità di dosi abbiamo, tra l'altro, lavorato negli ultimi giorni per aggiornare il piano di vaccinazione e anche per favorire una migliore disponibilità di risorse umane che possono essere impegnate in questa campagna di vaccinazione. Come è noto, è stato sottoscritto alcune settimane fa, e sono già al lavoro, un accordo con i nostri medici di medicina generale che rappresentano una rete capillare sul territorio che è assolutamente indispensabile per realizzare gli obiettivi della campagna di vaccinazione. Abbiamo sottoscritto un accordo con i medici specializzandi poche settimane dopo e da ultimo, proprio nelle ultime giornate, abbiamo sottoscritto intese anche con i pediatri di libera scelta, che voglio ringraziare la loro disponibilità. Tra l'altro hanno dato una disponibilità non solo per il futuro, quando ulteriori vaccini saranno disponibili per le fasce generazionali più giovani, ma anche da subito per vaccinare i genitori di bimbi con particolare fragilità. Io ritengo questo un messaggio assolutamente positivo.

Stessa cosa vale per i medici specialisti ambulatoriali, con cui pure è stata fatta una intesa *ad hoc*, per utilizzare anche una parte delle loro ore per la campagna di vaccinazione, e stessa per gli odontoiatri, che pure hanno una rete capillare e studi molto ben organizzati che possono essere utili nel momento in cui avremo molta più capacità di intervento in termini di dosi a disposizione.

Stiamo lavorando a due interventi normativi, che credo siano importanti: uno per favorire un maggiore protagonismo delle farmacie nella fase ulteriore di campagna di vaccinazione e un altro per favorire anche un maggiore protagonismo degli infermieri nella campagna di vaccinazione. Questo significa che mettiamo in campo tutta la rete sanitaria possibile come strumento essenziale per costruire una accele-

razione. Questa accelerazione è indispensabile, lo ribadisco, è la vera chiave per chiudere questa stagione così difficile.

Ora voglio passare alla parte della agenda programmatica, ma mi sia consentito prima di farlo di esplicitare il mio punto di vista sulle prossime settimane, perché ci sono due verità con cui dobbiamo fare i conti. Sembrano due verità che possono apparire in contraddizione, ma non lo sono. Le due verità sono le seguenti.

La prima è che siamo in una situazione non semplice, come ho avuto modo di dire in Parlamento — anche nelle mie comunicazioni prima dell'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri — la situazione epidemiologica del Paese è ancora complicata. Lo testimoniano tutti i numeri, abbiamo un *Rt* crescente da settimane, ormai stabilmente sopra l'uno, abbiamo una curva degli accessi alle strutture di pronto soccorso, degli accessi ai posti letto in area medica, degli accessi ai posti letto in terapia intensiva che è crescente da diverse settimane e fotografa una situazione epidemiologica non semplice. Lo stesso numero di casi che noi riscontriamo di COVID-19 è in crescita e la ragione essenziale di questa risalita della curva è da connettersi in modo particolare alla presenza di varianti che hanno una maggiore capacità diffusiva. L'ultimo studio dell'Istituto superiore di sanità segnala che oltre il 54 per cento dei casi positivi che si riscontrano in Italia fa riferimento alla cosiddetta « variante inglese », B117. Questa variante, secondo gli studi dei nostri scienziati, ha una maggiore capacità di diffusione tra il 35 e il 40 per cento che la rende molto più insidiosa e molto più complicata da bloccare, da limitare.

Sono presenti anche la variante sudafricana in una percentuale però molto bassa e concentrata sostanzialmente nell'area a confine con l'Austria, in modo particolare nella provincia di Bolzano e c'è una presenza piuttosto significativa, poco sotto il 5 per cento, della variante brasiliana, prevalentemente concentrata nelle regioni del centro Italia.

Di fronte a queste varianti abbiamo dovuto adeguare anche le misure che noi

mettiamo in campo. Come è noto con l'ultimo decreto-legge abbiamo disposto ulteriori misure di contenimento, individuando un criterio, quello di 250 casi alla settimana su 100.000 abitanti, come criterio aggiuntivo per accedere alla cosiddetta zona rossa.

Questo ha portato ad un aumento delle zone rosse nel nostro Paese che ci consentirà - questo è l'auspicio dei nostri tecnici - di riportare la curva sotto controllo in un tempo congruo. Quindi questa è la prima verità, una situazione non semplice, ancora da gestire con la massima cautela, che richiede a tutte le istituzioni - non solo al Governo, ma anche alle regioni - il massimo impegno condiviso per mettere in campo misure che siano capaci di governare questa curva.

Voglio ricordare al Parlamento che prima del decreto-legge e prima delle ordinanze del Ministro della salute, molte regioni nella loro piena autonomia avevano disposto misure di contenimento dentro una consapevolezza della difficoltà e della serietà della situazione.

La seconda verità, che penso abbia lo stesso rilievo, è che la situazione di questo marzo non è in alcun modo paragonabile a quella del marzo passato; in alcune occasioni di dibattito pubblico sento una affermazione che con assoluta sincerità vorrei smentire. A marzo scorso non avevamo larghissima parte degli strumenti che noi oggi abbiamo. Penso alla capacità di *testing*, alla disponibilità di dispositivi di protezione, alla disponibilità di farmaci, dagli anticorpi monoclonali al Remdesivir, e soprattutto alla disponibilità del vaccino, che è il vero grande fatto nuovo.

Noi dobbiamo essere grati alla comunità scientifica internazionale perché ci ha messo nelle condizioni, in un tempo relativamente breve, di potere avere a disposizione questo strumento. Abbiamo, come è noto, ormai quattro vaccini che sono stati approvati dall'Agenzia regolatoria, tre già disponibili. Su Johnson & Johnson l'aspettativa è che già dopo la metà di aprile possano arrivare in Europa le prime dosi e questo ci mette in una condizione oggettivamente diversa.

Quindi le due verità sono: una situazione non semplice, da gestire con la massima serietà, con la massima attenzione e con rigore; dall'altra parte una ragionata fiducia, perché gli strumenti che abbiamo a disposizione ci mettono nelle condizioni di poter lavorare per una accelerazione di questa campagna di vaccinazione e puntare a una soluzione che possa essere strutturale rispetto ai problemi che ho provato velocemente a indicare.

Basta vedere la curva del contagio tra gli operatori sanitari che sono stati i primi - io dico giustamente - a ricevere il vaccino nel nostro Paese - a loro va sempre la nostra piena gratitudine - e basta vedere anche la curva delle RSA, dove siamo intervenuti con una vaccinazione massiva sin dal mese di gennaio, per capire come il vaccino è nelle condizioni di costruire condizioni molto più favorevoli e di contrastare in modo assolutamente efficace il virus.

Ho voluto fare questa introduzione, fuori dalle linee programmatiche più classiche, perché ritengo che il primo grande obiettivo del Governo non possa che essere la spinta per accompagnare il Paese fuori da questa fase di emergenza. Questa è anche una delle ragioni essenziali per la nascita di questo Governo, quindi le questioni su cui ora arriverò, relative alla riforma del Servizio sanitario nazionale - che io ritengo questione strategica, fondamentale - debbono necessariamente avere come premessa la capacità di vincere questa battaglia contro il virus.

Passo alla seconda parte, quella centrale della mia relazione, relativa all'illustrazione delle linee programmatiche e poi mi rimetterò a tutte le domande, gli interventi e le osservazioni che i senatori e deputati vorranno fare, essendo disponibile in ogni momento a interloquire.

La pandemia ancora in essere ha fatto emergere in più occasioni la necessità di non abbassare la guardia e soprattutto di passare con determinazione alla fase in cui occorre progettare idee, non solo per la ripartenza, ma per ripensare con un orizzonte ampio il nostro domani nel quale la sanità costituirà un settore cruciale sul

quale si giocherà una partita davvero decisiva.

È necessario mettere in campo un vero e proprio piano nazionale di ricostruzione per la salute, quale programma strategico di filiera che tiene insieme prevenzione, assistenza e cura, così come la ricerca, soprattutto di tipo traslazionale e il sistema industriale di riferimento. Un piano che deve essere strutturato, a mio parere, in cinque assi che corrispondono ai cinque principali ambiti in cui è più urgente e strategico intervenire.

Ogni attore coinvolto nel processo di rilancio del rinnovamento del Servizio sanitario nazionale potrà portare il proprio contributo e assumere la propria parte di responsabilità. L'obiettivo è raggiungere un livello di servizio in linea con le migliori pratiche e con le nazioni più virtuose del panorama europeo ed è un obiettivo che l'Italia è pienamente in grado di raggiungere. Ma non possiamo permetterci di disperdere energie, risorse ed è indispensabile l'impegno di ciascun soggetto in campo.

Il primo asse riguarda gli interventi da realizzare sul territorio attraverso il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali, per consentire una effettiva esigibilità dei LEA (Livelli essenziali di assistenza), da parte di tutte le persone, indipendentemente dalla regione di residenza, costruendo un modello condiviso ad oggi estremamente necessario. È questo il primo e fondamentale presupposto per potere definire in modo più puntuale gli standard di personale per aumentare e facilitare l'utilizzo delle cure da parte degli assistiti, per ridurre le disuguaglianze nell'utilizzo dei diversi livelli di intensità assistenziale, per superare definitivamente la stagione dei tetti del personale ancorati a tempi e modalità assolutamente inadeguate rispetto alle sfide future.

Occorrerà, in primo luogo, considerare la casa come primo luogo di cura e prevenzione e il presidio essenziale per la salute. In questa ottica, il rafforzamento delle cure domiciliari, soprattutto per i malati cronici, acuti non ospedalizzati, immunodepressi, disabili, non autosufficienti e affetti da patologie rare, diventa una

priorità del Servizio sanitario nazionale per evitare che alla malattia si aggiunga una separazione traumatica del paziente dal suo tessuto sociale.

Implementare un'assistenza di prossimità significa mitigare la povertà sanitaria, migliorare le capacità di risposta e adattamento del sistema e sostenere le fasce di popolazione più fragili. Significa incentivare una ripresa economica e sociale, basata sui principi dell'equità, dell'inclusione e della coesione.

Un altro intervento significativo del primo asse riguarderà la creazione di un nuovo punto di riferimento della sanità, sociosanitario e sociale, che integrerà e sosterrà la funzione fondamentale attualmente svolta dalla medicina generale. Tale punto sarà costituito dalla Casa di comunità che è espressione concreta del concetto di prossimità e sarà presidio della salute in grado di dare risposte alle necessità più basilari e quotidiane. Una visita medica, un ventaglio di esami come ecografie, elettrocardiogramma, un consulto sulla salute dei bambini, un primo supporto per le situazioni che associano rischi sociali e rischi per la salute, come la violenza domestica o la depressione.

La rete delle Case della comunità all'interno dei distretti sanitari riorganizzerà esperienze e strutture al momento frammentariamente presenti sul territorio sotto diverse denominazioni, dai consultori alle Case della salute. Nella Casa della comunità donne e uomini potranno essere seguiti nelle loro esigenze di prevenzione e cura, nei progetti di genitorialità consapevole. Le vittime di abusi sapranno di poter trovare un punto di riferimento e un aiuto immediato, le persone con disabilità intraprenderanno percorsi di accoglienza, riabilitazione, integrazione e le loro famiglie avranno assistenza e supporto. Qui soprattutto potranno essere presi in carico, in una ottica di prossimità, i pazienti cronici che costituiscono, come abbiamo visto, una parte così rilevante della popolazione e la vera sfida da vincere per il nostro Servizio sanitario nazionale.

Ancora nell'ambito di questo primo asse dell'assistenza territoriale saranno raffor-

zati anche gli ospedali di comunità, quali strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra questo e i servizi territoriali per tutte le persone che non hanno necessità di cure acute e dunque di essere ricoverate in reparti specialistici, ma hanno bisogno di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Infatti nel percorso di cura delle persone l'assistenza a monte e, soprattutto, a valle del ricovero ospedaliero è oggi un punto molto critico.

Una volta dimesso, il paziente viene lasciato troppo spesso solo a fronteggiare una fase di riabilitazione che può essere complessa e richiedere assistenza pressoché continua. Se non ha il supporto di una compagine familiare o di una rete di prosimità in grado di garantire questa assistenza, il deterioramento della sua salute e delle sue condizioni psicologiche è un rischio assai elevato. Se la compagine esiste, si ritroverà gravata di un peso destinato a drenare tempo, denaro ed energie. In tutti i casi si acuiranno le diseguaglianze tra chi può permettersi di avere o di fornire assistenza e chi no.

Una volta dimesso dall'ospedale il paziente non deve incontrare il vuoto o l'incertezza, deve poter contare sulle cure intermedie e in particolare sugli ospedali di comunità, indispensabili, tra l'altro, anche a monte del ricovero per ridurre l'ospedalizzazione per soggetti con patologie croniche riacutizzate.

Inoltre, a coordinare le varie forme di offerta sul territorio finalizzate alla risposta assistenziale non urgente, saranno le centrali operative territoriali. Il loro lavoro di ascolto e di raccordo consentirà di ottimizzare la gestione dei servizi, dei *team* assistenziali e del sistema dei servizi sanitari e sociali, interpellando per ogni singolo caso la struttura più vicina e più adatta a occuparsene. Le centrali operative territoriali avranno la funzione di punto di riferimento, sia per l'accesso alle cure da parte delle persone, sia per gli operatori impegnati all'assistenza, uno snodo fondamentale per garantire l'integrazione ospedale-territorio.

Altra questione da affrontare riguarda le fasce di popolazione che si trovano in situazione di grave marginalità sociale e di elevata fragilità sociosanitaria, a partire dai 4,85 milioni di persone che vivono in una condizione di povertà assoluta e che hanno bisogno più di altre di essere raggiunte e prese in carico dal Servizio sanitario nazionale. Proteggere e includere chi oggi rischia di restare escluso dall'assistenza è necessario, non solo in nome della universalità del nostro Servizio sanitario nazionale, ma per rafforzare in modo strutturale l'intero sistema. La salute del singolo si realizza pienamente solo in una comunità sana, più che mai in questo ambito è necessario un pieno coordinamento tra Stato e regioni, tra diverse istituzioni pubbliche, e tra le aziende sanitarie e le varie realtà del terzo settore.

Un appropriato intervento clinico-assistenziale deve tenere presenti le molte sfaccettature del contesto di vita delle persone cosiddette «*hard to reach*», i gruppi più vulnerabili della nostra popolazione.

In questa ottica vanno attivati i centri territoriali contro la povertà sanitaria da situare presso le aree più a rischio di marginalità sociale e sanitaria. Le *équipe* da formare per il lavoro in questi centri dovranno essere multidisciplinari per dare risposta a una varietà di esigenze, dalla prevenzione sui corretti stili di vita, al monitoraggio di situazioni a rischio di violenza, dalle campagne di *screening* e vaccinazione, all'assistenza domiciliare in situazioni abitative deprivate o a rischio.

Il secondo asse è incentrato sull'approccio *One Health*, che lega salute, benessere, ambiente e clima. L'emergenza del COVID-19 deve averci insegnato che questa attenzione globale è una determinante ineludibile di tutte le politiche e le prassi che impattano sulla nostra quotidianità. L'attenzione per la salute è un dovere e un diritto, non solo in ospedale, ma sul lavoro, a scuola, nell'ambiente in cui viviamo, nelle scelte quotidiane, come l'alimentazione e la cura del personale.

One Health è una parola d'ordine da proporre con forza, anche per la sua efficacia simbolica nel legare il tema della

salute a quello cruciale dell'ambiente che ci circonda, in tutte le sue declinazioni. Riconoscere la forte interconnessione tra la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi consente di promuovere un approccio multidisciplinare che include e connette fattori socioculturali, ambientali, relazionali ed emotivi che permetterà di coinvolgere in modo attivo e partecipato le comunità nei processi decisionali.

In primo luogo occorrerà porre tutta l'attenzione sulle funzioni di igiene pubblica quali elementi portanti per la salute delle comunità. Le recenti esperienze hanno reso ancora più evidente il loro ruolo, ma c'è la necessità dopo anni di riprendere ad investire su di esse, in quanto nel tempo si sono indebolite e oggi devono essere rapidamente ristrutturare, rafforzate, sia dal punto di vista organizzativo, delle risorse, della formazione e degli strumenti a supporto.

Per questo è necessario riallineare e rafforzare le infrastrutture del nostro Paese dell'igiene pubblica, sia per la risposta alle emergenze — aggiornando e ristrutturando modelli organizzativi di risposta delle diverse articolazioni del Servizio sanitario nazionale — sia per la garanzia rispetto alle attività di *routine* che, tra l'altro, prevedono, insieme al supporto tecnico alle diverse Autorità sanitarie locali, il coordinamento dei diversi programmi di promozione, prevenzione e protezione della salute.

Inoltre, le varie dimensioni del modello *One Health*, con la salute come fattore centrale di un rapporto ricco con il proprio ambiente naturale e sociale e con la prevenzione come presupposto fondamentale, hanno un crocevia naturale nella scuola. È necessario sviluppare un rapporto più organico e continuativo tra scuola e sanità, in un ritorno alle radici stesse dei principi ispiratori dei servizi della promozione, prevenzione e tutela della salute nelle scuole.

Nonostante i risultati raggiunti nella prevenzione, le malattie infettive costituiscono ancora oggi una delle principali cause di malattia, disabilità e morte, un problema di salute pubblica, oltre che individuale. Più in generale occorre superare una conce-

zione miope e parcellizzata della salute, includendo tra gli ambiti dell'intervento del Servizio sanitario nazionale, anche l'area della tutela dell'ambiente e del clima, in sinergia con lo sviluppo economico e sociale del Paese. È dunque necessario creare ed implementare un nuovo assetto dell'architettura istituzionale, un sistema di *governance* integrato a livello nazionale, regionale e locale in grado di gestire il tema salute, ambiente e clima per un armonico sviluppo economico e sociale del Paese. Una rete di poli di eccellenza nazionale, regionali, istituzionali e territoriali, che costituirà il Sistema nazionale di prevenzione salute e ambiente e clima, pienamente integrato con l'esistente Sistema nazionale per la protezione ambientale.

Le strategie implementative dovranno avere un impatto socio-ecosistemico includendo i diversi piani, culturale, tecnico scientifico, normativo, strutturale, organizzativo, gestionale. La capacità di intervento deve potersi estendere nel sostegno ad uno sviluppo sicuro ai diversi aspetti di regolazione, ricerca, controllo, consulenza e formazione.

Un altro intervento del presente asse riguarda il tema della produzione e sicurezza degli alimenti, che è strettamente connesso a quello dell'ambiente in tutto il mondo in senso quantitativo e qualitativo. La via alimentare insieme a quella respiratoria è anche quella attraverso cui veniamo raggiunti da pericoli chimici e biologici, oltre che infettivi. Ma è anche la via attraverso la quale assumiamo i nutrienti che ci permettono di restare in vita e che influiscono sulla qualità della nostra vita stessa. Garantire la salubrità degli alimenti e dei mangimi e la sicurezza, l'appropriatezza e la qualità di quello che mangiamo ha perciò un impatto enorme in termini di benessere, salute e prevenzione delle malattie. È strategico e risponde a un'esigenza sentita da tutta la popolazione impostare nuovi modelli sulla salute alimentare.

Altro importante intervento riguarderà la rete degli istituti zooprofilattici sperimentali, altra eccellenza del nostro Servizio sanitario nazionale, che sconta difficoltà spesso analoghe al settore alimentare.

Si dovrà puntare allo sviluppo della suddetta rete, quale fondamentale strumento operativo che potrà assicurare al Paese e a Paesi terzi che importano prodotti italiani, i servizi tecnico-scientifici necessari per garantire la sanità animale e la sicurezza degli alimenti, ottenuti dalla produzione animale, oltre a svolgere attività di ricerca scientifica e sperimentale veterinaria.

Nel piano è previsto un terzo asse che avrà come punto di riferimento l'ospedale, quale luogo in cui affrontare nel modo migliore peculiari esigenze sanitarie, sia acute che post-acute e riabilitative. La sua funzione specifica è gestire i bisogni assistenziali dei soggetti affetti da una patologia medico chirurgica, ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero svolgendo attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente e organizzativamente articolato e complesso. Il decreto ministeriale n. 70 del 2015 ha ridisegnato l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera e dell'emergenza e ne ha definito standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, oltre a introdurre il modello *Hub and Spoke*, come modello ordinario di funzionamento delle reti ospedaliere per migliorare l'efficienza e la sostenibilità.

A questo decreto ministeriale è oggi opportuno — contestualmente al rafforzamento della rete dei servizi territoriali — fare un vero e proprio tagliando per correggerne i limiti che spesso hanno prodotto diseguaglianze tra territori.

Per garantire livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale e per consentire la ridefinizione dei percorsi assistenziali adatti ai fabbisogni sanitari emergenti, saranno attuate opere di ammodernamento e potenziamento della rete ospedaliera, con interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico. La vetustà strutturale delle dotazioni tecnologiche e digitali della suddetta rete è in alcuni casi tale da pregiudicare la produttività, la modalità di erogazione dei servizi alle persone e la qualità delle prestazioni.

È un limite a cui porre in fretta rimedio, in un'epoca in cui proprio la sanità digitale è lo strumento migliore per realizzare il

nuovo paradigma di assistenza sanitaria e per rispondere agli attuali bisogni di salute. Per tutto il patrimonio ospedaliero va avviata anche un'urgente transizione verso la sostenibilità ecologica, una sfida imprescindibile nell'emergenza mondiale del cambiamento climatico, a maggior ragione per le strutture che si occupano di salute.

Nell'emergenza da COVID-19, la rete ospedaliera si è dimostrata poco flessibile a causa delle rigidità delle strutture sia dal punto di vista di gestione degli spazi, sia sotto il profilo tecnologico e organizzativo. L'ospedale deve diventare sempre più flessibile attraverso un ripensamento del proprio modello di gestione degli spazi, dei reparti e dei percorsi. Deve essere riprogettato con una verifica dei sistemi utili a garantire in sicurezza la continuità dell'erogazione e la flessibilità della gestione.

La risposta assistenziale, in coerenza con l'evoluzione multidisciplinare e multiprofessionale delle cure va rimodulata verso l'assetto di terapia semintensiva di una parte dei posti letto. Si dovranno prevedere e assicurare all'interno dei pronto soccorso aree di *pre-triage*, aree di attesa di diagnostica aggiuntiva, al fine di separare, in caso di elevata infettività, i soggetti infetti o presunti tali dagli pazienti.

Vanno definiti percorsi separati di accesso e dismissal dal DEA (Dipartimento d'emergenza e accettazione) per la corretta gestione di malati affetti da malattie trasmissibili, oltre che spazi di attesa distinti, sulla base del medesimo approccio. Inoltre, altri importanti interventi per gli ospedali dovranno riguardare l'ammodernamento del parco mezzi di trasporto e l'attivazione dei servizi di telemedicina, attraverso la riqualificazione delle centrali operative del 118 e la loro integrazione con quelle del numero europeo armonizzato.

Il quarto asse riguarda interventi per una massiccia digitalizzazione e per un uso capillare delle nuove tecnologie che risultano essere necessarie per attivare nuove e più efficienti modalità di erogazione dei servizi sanitari, consentendo innanzitutto di registrare con precisione il percorso del paziente, sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza, appli-

cando criteri per omogeneizzare e standardizzare la raccolta e il trattamento dei dati sanitari elaborati e aggregati.

Strutturare un sistema di raccolta e gestione dei dati interoperabile tra i diversi settori del Servizio sanitario nazionale è la chiave per ottenere e fornire informazioni sulla salute pubblica e indicazioni operative per verificare con prontezza l'efficacia delle attività svolte, per implementare la telemedicina e, in ultima analisi, per semplificare la vita alle persone e ottimizzare le risorse.

Un sistema di servizi integrati in rete consente, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistemica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche, la loro qualità, le risorse impiegate, le tecnologie utilizzate, il livello di soddisfazione percepito dall'assistito.

Fare entrare l'assistenza sanitaria nel futuro digitale può consentire risparmi sul fronte dei costi pubblici della sanità e aiutarci ad affrontare l'invecchiamento e la multimorbilità della popolazione, la carenza di personale e l'impatto di emergenti malattie infettive diffuse come il COVID-19. Investire nella trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale è una priorità per il nostro Paese, così come per tutti i Paesi europei che si trovano allineati su questo asse di sviluppo nel quadro delle rispettive strategie nazionali e di quelle comunitarie. È un lavoro che deve cominciare dal cuore stesso del sistema.

Ad oggi esiste presso il Ministero della salute un patrimonio di informazioni sanitarie che viene utilizzato ai fini di governo, monitoraggio, programmazione sanitaria e studi statistici. Ciò che ora serve sempre di più è una centrale di calcolo in grado di elaborare questa grande quantità di dati, per ricavarne informazioni esaustive e puntuali destinate a supportare una *governance* più efficace del Servizio sanitario nazionale e soprattutto la costruzione di analisi e scenari.

Questi mesi ci hanno insegnato che i modelli predittivi sono indispensabili per prendere decisioni da cui dipende la vita di tutti. Pertanto occorre disegnare un modello unico e una rete nazionale che per-

mettano di gestire gli archivi dei dati disponibili e di raccogliere e organizzare una mole di informazioni che crescerà in modo esponenziale con la digitalizzazione sempre maggiore di ogni ambito della azione umana.

Fornire le infrastrutture e gli strumenti digitali perché ognuno possa gestire le informazioni relative alla propria salute è solo il primo passo; il secondo è potenziare l'interconnessione, la comparabilità, l'accuratezza e l'affidabilità delle informazioni dei dati sanitari in modo da migliorare la programmazione e l'offerta dei servizi clinico-assistenziali. Il terzo è formare tanti professionisti della sanità quanto gli assistiti alle nuove competenze, rendendoli realmente protagonisti della trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale. Investire nel progresso tecnologico, soprattutto in ambito di digitalizzazione e capacità di gestione dei *big data*, consente di aumentare l'accessibilità del Servizio sanitario nazionale, in un'ottica di prossimità alla persona e di andare nella direzione di una maggiore equità, oltre che una maggiore sostenibilità del sistema.

Occorre evidenziare che i tempi sono maturi per un vero e proprio salto di qualità nella digitalizzazione, con il potenziamento e l'ampliamento del sistema informativo sanitario. Il beneficio che le nuove tecnologie possono portare non si misura solo in termini di efficienza, ma di miglioramento reale della qualità della vita.

Inoltre, il fascicolo sanitario elettronico rimane lo strumento essenziale per potenziare la digitalizzazione della sanità e consente un salto di qualità nell'approccio dei singoli a un diverso, più moderno e sostenibile, concetto di cura della salute. Voglio solo ricordare, per un istante, che quando è iniziata la mia esperienza di Governo, un anno e mezzo fa, il numero di fascicoli attivati nel nostro Paese era di poco superiore ai 12 milioni; oggi siamo a 32 milioni.

Il fascicolo è la prima manifestazione della cultura *e-health* in Italia, con la quale si progetta un'architettura al completo servizio dell'interazione tra i professionisti della salute; ovvero tra il medico o pediatra di

famiglia e il medico specialista, tra l'assistito e il medico.

L'efficace realizzazione del fascicolo sanitario elettronico a livello nazionale e la sua diffusione possono non solo generare ingenti risparmi legati alla dematerializzazione dal cartaceo, ma anche portare una completa rivisitazione dei processi clinici e amministrativi e dell'intera organizzazione della sanità pubblica. Inoltre l'accesso al fascicolo sanitario elettronico da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazione di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario della storia sanitaria di un individuo, per intervenire con prontezza ed efficacia.

L'ultimo asse, non per ordine di importanza, il quinto, è centrato sull'ecosistema innovazione per la salute, inteso come sistema complesso, costituito dall'insieme non solo di ospedali, e assistenza sul territorio, ma anche di formazione, ricerca, innovazione tecnologica e rivoluzione digitale, nonché di un importante filiera industriale.

L'obiettivo strategico più ampio a cui tendere è uno sviluppo organico dell'ecosistema innovazione e salute, con il coordinamento del Servizio sanitario nazionale e il sostegno di investimenti in ricerca e innovazione pubblici, privati, e in *partnership* pubblico-privata, in collaborazione con tra Servizio sanitario nazionale, regioni, imprese, investitori istituzionali, istituzioni di ricerca, alta formazione e università.

In Italia il sistema della ricerca biomedica soffre di un sottofinanziamento e di carenze dal punto di vista organizzativo dei soggetti istituzionali deputati alla ricerca che rende difficoltoso competere con le altre istituzioni a livello istituzionali. Ciò ha riflessi sulla capacità competitiva del Paese, considerato che lo sviluppo economico si basa sulla interrelazione tra ricerca e imprese. La promozione e il sostegno della ricerca biomedica consente di scoprire nuove opportunità per migliorare la salute delle persone e per favorire una ricerca innovativa anche sul fronte della medicina di genere, con il trasferimento delle innovazioni prodotte nella pratica clinica.

Occorre, quindi, accrescere il livello competitivo del sistema della ricerca biomedica attraverso un'adeguata politica di investimento in ricerca e innovazione, attraverso: la realizzazione di un programma straordinario triennale di ricerca finalizzato su tematiche emergenti, rivolte al rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, in particolare su malattie rare e tumori e sui loro modelli organizzativi; l'incremento del finanziamento per la selezione di un numero più elevato di progetti-anno presentati dalle reti tematiche degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) o dai singoli istituti; la creazione di dorsali nazionali di ricerca e innovazione nel settore delle scienze della vita, dotando gli enti del Servizio sanitario nazionale che svolgono attività di ricerca e tecnologie d'avanguardia.

Per quanto concerne le risorse umane del Servizio sanitario nazionale, nel corso degli anni le politiche di forte restrizione del personale sanitario hanno prodotto impatti pesanti sulle disponibilità di professionisti formati e specializzati da reperire in tempi adeguati rispetto ai bisogni emergenti, in particolare caso di fronte a emergenze pandemiche. Tale criticità rileva la necessità di ripensare la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori sanitari e dei medici specialistici, nell'ottica di garantire a tutti i professionisti sanitari adeguati livelli di formazione e di aggiornamento, in coerenza con le esigenze del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale, in un'ottica di pari opportunità e rispetto delle differenze.

Il fabbisogno formativo non può prescindere dalla divulgazione delle conoscenze in materia di innovazione e di tecnologie e dalla specifica alfabetizzazione funzionale del personale sanitario anche in relazione all'utente. Pertanto bisogna puntare a un miglioramento dei progetti di presa in carico e continuità assistenziale del Sistema sanitario attraverso la valorizzazione degli operatori sanitari con: l'attuazione di interventi che garantiscano ai neo laureati in medicina un maggiore numero di accessi alla formazione specialistica post-laurea; la valorizzazione del ca-

pitale umano, con l'aggiornamento professionale del personale della salute diretto all'educazione digitale e alla divulgazione della riforma organizzativa; l'incentivazione alla formazione di tutti gli operatori della salute.

Serve, inoltre, un piano di comunicazione ed informazione sull'innovazione tecnologica e la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, per consentire un armonico processo di integrazione e trasformazione e per aumentarne la competitività.

In ultimo, in Italia il sistema della ricerca e dell'innovazione necessita di interventi innovativi per coniugare l'azione pubblica a presidio della salute con la necessità e le potenzialità della catena del valore della filiera nel suo complesso. Più che mai l'emergenza COVID ha evidenziato la necessità di sviluppare relazioni durevoli, trasparenti e reciprocamente profittevoli tra l'azione pubblica e l'azione degli operatori privati, entro il perimetro di un settore da ritenersi assolutamente strategico, dove la regia dell'amministrazione centrale rappresenta un punto irrinunciabile.

È necessario immaginare e definire nuove regole attrattive e adatte ai *trend* dell'innovazione globale che consentano di aumentare gli investimenti in ricerca e sviluppo e di identificare modelli per la valutazione scientifica e regolatoria della *Digital health*, che assicuri una gestione della spesa attenta al valore.

In materia farmaceutica – in analogia a quanto già attuato con il decreto Semplificazioni del 2019 in materia di sostenibilità della spesa farmaceutica per gli anni 2013- 2017 – con l'ultima legge di bilancio del dicembre del 2020 è stato stabilito l'importo economico minimo da recuperare, ossia 895 milioni di euro, così da porre fine a tutti i contenziosi in essere relativi al ripiano 2018.

AIFA ha certificato che alla data del 5 marzo del 2021 la quota soglia di 895 milioni è stata raggiunta e superata e pertanto le regioni potranno contare su tali risorse economiche che potranno ascrivere nei propri bilanci regionali.

Relativamente all'anno 2019 la medesima legge di bilancio prevede che entro giugno del 2021 verrà concluso il procedimento di ripiano relativo a questa seconda annualità. Utile sottolineare anche che a partire dal 2019 la procedura di calcolo del ripiano è stata nettamente semplificata, con la conseguente riduzione dei motivi di ricorso da parte delle aziende farmaceutiche e una maggiore rapidità di esecuzione dei procedimenti.

Inoltre, i nuovi tetti sono stati anche definiti sulla base di valutazione della spesa territoriale registrata negli ultimi anni e in ogni caso è importante introdurre un sistema di aggiornamento e adattamento continuo su base annuale.

Un altro intervento riguarderà la promozione dell'uso ottimale dei farmaci per sostenere ogni azione volta a eliminare le barriere che impediscono l'accesso equo alle terapie, avendo riguardo alla popolazione più fragile, con particolari bisogni assistenziali.

Inoltre si intende anche favorire l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici per potenziare la lotta all'antimicrobico resistenza, il ripensamento dei determinanti concernenti la spesa dei farmaci, per arrivare all'adozione di un modello di programmazione della spesa basato sulla definizione dei fabbisogni, la ridefinizione del percorso paziente-medico-farmacista, anche attraverso il potenziamento di strumenti innovativi e studi e approfondimenti orientati al monitoraggio costante dei livelli di sicurezza relativi ai vaccini per il COVID-19.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, Ministro. Cominciamo adesso con gli interventi dei colleghi. Il primo a intervenire è l'onorevole Bagnasco. Ha tre minuti a disposizione. Onorevole Bagnasco, prego.

ROBERTO BAGNASCO (*intervento da remoto*). Grazie al Ministro per la completa, attenta, puntuale ricognizione sulla situazione attuale ed evidentemente anche per le linee programmatiche che ho ascoltato con straordinario interesse, ma sul

quale io penso debba intervenire in una seconda fase, dopo averlo assimilato, perché in pochi minuti personalmente non ci sono riuscito.

Alcuni interventi li voglio fare. Una prima valutazione sulla situazione attuale COVID-19. Sicuramente ha ragione il Ministro, non è neanche lontanamente paragonabile a quella di un anno orsono, è una situazione completamente diversa. Questo non vuol dire, però, che anche se completamente diversa, non sia altrettanto grave. Il numero dei morti di ieri — mi sembra intorno ai cinquecento — è qualcosa di veramente assurdo e che sicuramente, almeno personalmente, non avrei pensato di dovere rilevare dopo un anno dall'inizio della pandemia.

Alcune osservazioni. Ad esempio, sulla punibilità limitata ai soli casi di colpa grave per quanto riguarda coloro i quali sono addetti alle vaccinazioni; non possiamo lasciarli in balia di processi penali e cause civili. Su questo io credo che l'intervento debba essere non immediato, ma qualcosa di più, per evitare anche una fuga dalle nostre forze vaccinali che, come ha detto il Ministro, sono tante, ma che servono assolutamente tutte.

I brevetti salvavita. Direi che la situazione della pandemia ci ha fatto fare alcune riflessioni. Io sono un liberista e quindi credo al di sopra di ogni sospetto. I brevetti salvavita devono essere sottratti alla logica sfrenata di mercato, è una logica sfrenata assolutamente non comprensibile e neanche giustificabile.

È chiaro che le aziende devono essere fortemente remunerate, perché hanno fatto e fanno degli investimenti importanti e in questo caso anche straordinari, ma la remunerazione non deve trasformarsi in una capacità di vita o di molte su milioni e milioni di persone. Non è tollerabile, bisogna trovare delle situazioni diverse.

Tornando alla precedente riflessione, penso anche a norme di garanzia per tutelare gli indennizzi ai parenti delle vittime. Mi auguro che ce ne siano sempre meno, ma le norme di garanzia per tutelare questi parenti penso che siano abbastanza importanti e debbono essere fatte al più presto.

Per quanto riguarda sempre gli operatori vaccinali, io credo che tutto il personale medico, paramedico, coloro i quali sono interessati alle vaccinazioni, debba essere vaccinato. Non certamente per una volontà costringitiva nei confronti di persone, ma perché la libertà di un operatore sanitario di non vaccinarsi, secondo me finisce nel momento dove inizia quella di un paziente di non ammalarsi. Credo che su questo non ci debbano essere dubbi e si debba intervenire in questo caso al più presto.

Grazie, presidente. Ho concluso, il resto lo tengo per la prossima volta. Comunque non posso fare altro che esprimere al Ministro la speranza che faccia veramente del suo nome un qualcosa di importante per il nostro Paese. Lo spenda con grande impegno e noi gli siamo vicini.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Bagnasco. Do la parola al Senatore Zaffini. Cinque minuti a disposizione, prego.

FRANCESCO ZAFFINI. Grazie, presidente. Buongiorno, colleghi.

Ministro, ci riserva questa mattina tre quarti del suo intervento sugli auspici programmatici, peraltro contenuti già nel PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza), quindi abbiamo già avuto possibilità di leggere quello che lei ci ha raccontato.

Però, credo che in questo momento, se non vogliamo trovarci in una situazione abbastanza prossima a quella dei suonatori del *Titanic*, che strimpellavano mentre la nave affondava, dovremmo parlare di quello che ci sta accadendo intorno con la pandemia.

Riguardo a ciò io volevo chiederle, Ministro — con una risposta che sia sì o no — esistono delle clausole liberatorie sottoscritte in occasione delle forniture con i produttori dei vaccini? Se esistono queste clausole liberatorie — ovviamente malleanti la responsabilità riguardo gli eventi avversi — non crede, Ministro, che si debba procedere ad una rapida, subitanea copertura dei vaccinatori, in analogia con la copertura che noi abbiamo riconosciuto o probabilmente abbiamo riconosciuto ai fornitori?

Seconda domanda. Per capire che cosa accade con questo vaccino AstraZeneca, molto banalmente noi dobbiamo disporre rapidamente dei dati di farmacovigilanza del Regno Unito. Esiste un'azione in questo senso autonoma da parte dell'Italia? Posto che il problema è sicuramente il nostro, *pro quota*. Visti i dati, i risultati e il prodotto di questo accordarsi all'EMA (Agenzia europea per i medicinali) e al programma di fornitura europea che non ci ha dato così grandi soddisfazioni, è prevista un'autonoma azione per avere disponibilità di questi dati di farmacovigilanza del Regno Unito, che ricordo, ma lo sappiamo tutti, ha somministrato oltre 15 milioni di dosi di AstraZeneca?

La disponibilità dei vaccini che lei ci racconta, Ministro, modifica sostanzialmente la tabella ultima del 3 marzo scorso, perché — ce l'ho qui — porta 80 milioni di dosi a fine marzo. Volevo capire, esiste un'altra tabella? Ce la date? La tabella di fine marzo è questa e porta 80 milioni di dosi al marzo del 2021, 84 milioni di dosi, di cui 24 di AstraZeneca. Se esiste una nuova tabella e un nuovo programma, fornitemceli.

Penultima domanda. Lei ha parlato di una situazione non semplice, dell'Rt superiore a uno, eccetera, a causa delle varianti. A mio avviso, al di là del declamare problemi — che ovviamente conosciamo bene tutti — da lei, Ministro, ci aspettiamo di conoscere le soluzioni, ma capisco che la situazione, come dice lei, giustamente, non è facile.

Anche recentissimamente, il 3 marzo, una rivista specializzata cita la circostanza che il 60 per cento della diffusione, a maggior ragione con la variante inglese, è rappresentata da presintomatici o asintomatici. Questa storia ce la stiamo raccontando, Ministro, da un anno e continuiamo a fare 350.000 tamponi, quando ne dovremmo fare almeno il doppio oggi, dopo un anno. Perché se noi non troviamo e isoliamo i presintomatici, e gli asintomatici, la diffusione è fuori controllo, così come è fuori controllo il tracciamento, così come è fallito ogni altro strumento di indagine preventiva.

Al di là del, giustamente, manifestare preoccupazione, lei crede che si possa agire per raddoppiare questo numero di tamponi rapidamente?

Poi, Ministro, questi benedetti protocolli di cura. Lei anche recentemente in Aula ha manifestato esistere, e io ribadisco che non esistono, protocolli di cura domiciliare diffusi, condivisi con il sistema delle regioni e con i medici di medicina generale. Continuano a essere caratterizzati dalla più totale a volte inappropriata, a volte efficace, ma lasciamo tutto alla buona volontà del medico di medicina generale.

L'ultima domanda, Ministro. Se è possibile avere contezza dello stato di preparazione del G20 sanità di Roma dei primi di settembre; stato di preparazione, stato di avanzamento. Ovviamente, lo potremmo fare in una successiva occasione, magari, Ministro, organizzata con un po' di disponibilità in più. La genesi di questo incontro — se posso manifestarle un mio sentimento — manifesta una certa disattenzione nei confronti del Parlamento. Non è la solita *lamentatio*, ma mi sorprende da una persona come lei che viene da solide radici politico-culturali. Ministro, noi vorremmo essere più vicini a quello che sta accadendo e soprattutto più coinvolti nell'azione di questo Governo in un momento pandemico che richiama tutti a maggior senso di responsabilità. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Per Italia Viva l'onorevole Lisa Noja. Visto che per il Senato non interviene nessuno per Italia Viva l'onorevole Noja parlerà per più tempo.

LISA NOJA (*intervento da remoto*). Grazie, presidente. Ringrazio molto il Ministro per la sua disponibilità e gli faccio tanti auguri di buon lavoro, mi rendo conto che ha già passato un anno molto duro, pesante e faticoso.

Io volevo concentrare le mie osservazioni e domande su due aspetti che lei ha trattato. Uno più contingente, quello dell'emergenza, per poi entrare più nel merito delle linee programmatiche.

Sul primo aspetto due punti. Io sono molto felice e vi ringrazio del fatto che

sono state modificate le raccomandazioni sulle priorità vaccinali; abbiamo sanato un *vulnus* importante. Però ora c'è un tema che riguarda come queste raccomandazioni vengono recepite sui territori. Ministro, le raccomandazioni specificano in modo chiaro che la vaccinazione delle persone più vulnerabili debba iniziare e debba finire in parallelo con quella degli *over 80*. Io posso dirle che in moltissime regioni tutto questo non sta avvenendo. Non solo non avviene la vaccinazione, ma neanche la programmazione e l'informazione alle persone interessate. Trovano più difficoltà di altre e meriterebbero una programmazione anticipata importante. Su questo io penso che ci debba essere da parte del Governo un'attenzione per garantire omogeneità, anche perché noi sappiamo che proteggere rapidamente le persone più vulnerabili, significa proteggere il nostro Sistema sanitario nazionale proprio in un momento in cui il contagio sta aumentando.

Sottolineo che le esigenze di programmazione riguardano anche i *caregiver*, perché io invito a non sottovalutare la complessità che comporterà l'individuazione dei *caregiver*. Come decideremo e comunicheremo come si deve svolgere questa vaccinazione, che dovrebbe avvenire in concomitanza con la persona vulnerabile interessata, altrimenti l'efficacia di questa doppia vaccinazione si perde?

Questo è un aspetto su cui io invito il Governo ad avere considerazione e ad avere anche una regia, perché se no rischiamo che in alcune regioni ci sono persone molto più vulnerabili che resteranno indietro.

Secondo punto, sempre sull'emergenza. Lei ha dato contezza di alcuni canali di coinvolgimento del personale sanitario, ha parlato dei medici di base, dei pediatri di base, dei farmacisti. Però io inviterei a fare molta attenzione a non scoprire delle aree di assistenza caricando i medici di base di una serie di oneri amministrativi complicati, non avendo loro delle strutture adeguate per chiamare le persone, per fare prenotazioni. In un momento in cui il contagio sta salendo rischiamo di diminuire la capacità di risposta della prima trincea di presidio della cura alle persone malate.

Quindi mi chiedo se non sia il caso di accelerare, invece, sul coinvolgimento, per esempio, del settore dei centri, accreditati e non, privati, così come sull'intenzione che ha manifestato anche il Ministro Orlando di coinvolgere i medici aziendali. Giusto per cercare di dividere i compiti, perché la campagna vaccinale è una priorità, ma noi sappiamo anche che nel frattempo la gente continua ad ammalarsi e va curata.

Vengo alle sue linee programmatiche. Una domanda è per capire meglio — nel contesto che lei ha delineato in maniera molto chiara ed efficace — come si collocano alcuni ruoli, per esempio la figura dei medici di base, dei pediatri di base, in quel quadro in cui lei ha messo al centro del potenziamento delle cure territoriali le Case di comunità? Come si collocano le RSA? Abbiamo visto che rischiano di diventare spesso uno dei punti più fragili del nostro sistema e quindi come si collocano in questa ristrutturazione dei sistemi di prossimità?

Un altro punto. Nel quadro che lei ha delineato come si può garantire domiciliarità e prossimità per patologie che richiedono un altissimo grado di specializzazione? Ci sono malattie rare che evidentemente richiedono un grado di specializzazione che non può essere coperto da Case di comunità in cui ci sono medici che non hanno quel grado di specializzazione così particolare, proprio perché si tratta di malattie rare. Eppure sono proprio i pazienti che più avrebbero bisogno di doversi spostare il meno possibile. Quindi nel quadro che lei ha delineato, come facciamo a garantire che anche chi ha patologie croniche o rare, ad alta richiesta di specializzazione non debbano muoversi per andare a centinaia di chilometri in centri specializzati?

Ultimi tre punti. Lei ha parlato della prevenzione, si è molto concentrato sulla tema della prevenzione primaria; credo che anche la prevenzione secondaria — soprattutto grazie ai nuovi trattamenti, alle nuove scoperte scientifiche — debba avere un ampio spazio. La prevenzione secondaria deve avere finanziamenti adeguati perché — io penso allo *screening* neonatale, ma naturalmente ce ne sono altri legati all'oncologia

gia — ha un costo, ma permette l'accesso a terapie molto efficaci, tanto più quando questo accesso è garantito in modo tempestivo.

Un altro punto. Noi abbiamo il Piano nazionale malattie rare che è scaduto ormai da qualche anno, ha intenzione di metterci mano e finalmente rinnovare questo piano?

Il tema delle terapie avanzate, cioè come garantiamo l'accesso ai farmaci innovativi e alle terapie avanzate. Lei ha affrontato questo tema, mi chiedo se non sia il caso anche di immaginare nuove forme di finanziamento, nuove forme di rimborso, magari, come proposto da tante case farmaceutiche, rateizzato, spalmato lungo gli anni e legato ai risultati di queste terapie avanzate, perché tante sono all'inizio della loro somministrazione e non sappiamo quanto sono efficaci.

Un'ultima domanda puntuale, molto specifica, su cui noi siamo spesso sollecitati, cioè il tema dei precari AGENAS che rivendicano una loro stabilizzazione. Se come Dicastero voi avete intenzione — in questo tempo di fine legislatura che rimane — di affrontare questo tema che è molto sentito da tantissimi operatori di questa istituzione. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Noja. A questo punto do la parola alla senatrice Cantù. Vale la stessa cosa, non intervenendo nessuno per la Camera avrà qualche minuto in più.

MARIA CRISTINA CANTÙ. Grazie, presidente. Buongiorno, Ministro. Anche quelle che possono essere sembrate delle polemiche da parte nostra erano ispirate dall'intento di evitare criticità, amplificate dalla pandemia.

Il sistema di emergenza/urgenza è una di queste, sia pure con qualche lodevole eccezione. Visto il poco tempo vado ad elencare quelle che, a nostro avviso, sono le più rilevanti. Se me ne sarà dato tempo, andrò a prospettare le possibili soluzioni.

Emergenza/urgenza. Necessità di integrazione del cosiddetto SET-118 (Sistema di emergenza e urgenza territoriale) con il

sistema di emergenza ospedaliero, prevedendo anche la dotazione dei mezzi di soccorso avanzato con tutti i *device* e la strumentazione in grado di fare il *triage* prima dell'arrivo in ospedale, collegato al 5G.

Controlli. In questo anno abbiamo assegnato alla sanità risorse incrementalmente per oltre 10 miliardi e per gran parte di esse non vi è traccia di come sono state utilizzate, da qui la necessità di introdurre un sistema di *rating*.

Prevenzione. Oggi con la medicina predittiva si possono intercettare i rischi all'esordio, spendendo di meno e dando di più. Quindi potenziare la prevenzione in ogni aspetto, compresa la marginalizzazione degli accessi inappropriati al pronto soccorso.

Riqualificazione formativa e selettiva del personale. Innovare le specializzazioni mediche, con priorità per le specializzazioni carenti nel sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza/urgenza, con il *Teaching Hospital* e il *Second Opinion Supporting*.

Dotare gli *hub*, — almeno al primo *step* e a seguire tutti gli ospedali con pronto soccorso — di apparecchiature tecnologicamente avanzate. Le faccio un esempio che valga per tutti, la risonanza magnetica. L'uso nei nostri ospedali impiega oltre venti minuti in media, mentre una di ultima generazione ne impiega cinque, riducendo al minimo quelle che sono le radiazioni a cui è esposto il paziente. Anche questa è prevenzione, oltre che essere un fenomenale contributo alla riduzione delle liste di attesa, perché con lo stesso personale e un minimo sforzo organizzativo si possono almeno raddoppiare le prestazioni.

Partendo dalla necessità di porvi mano, abbiamo elaborato uno scenario che tenesse conto delle migliori realtà nazionali individuate, raffrontate con le esperienze europee, ritenendo il momento veramente opportuno per intervenire in prevenzione, riordino delle emergenze/urgenze e medicina predittiva.

Abbiamo, conseguentemente, predisposto un articolato teso a superare il problema, definendo tempi, modi e parametri adeguati per la tutela della salute degli

italiani in un segmento così delicato come quello dell'emergenza, assicurando universalità del sistema nella visione del futuro. Anche con il numero unico delle emergenze, in linea con i dettami europei.

Solo con valutazioni derivanti da comparazioni in grado di preservare quanto di buono sin qui è stato fatto, inserendolo in un riordino complessivo del sistema in modo funzionale, è possibile assicurare risposte omogenee sul territorio in termini di efficacia, efficienza, tempestività, equità e qualità del servizio offerto a tutta la domanda eleggibile.

Abbiamo visto realtà regionali che hanno saputo bene utilizzare le non poche risorse umane messe a disposizione ormai quasi un anno fa e altre che non ne hanno saputo valorizzare l'importante iniezione giustamente programmata. È per questo che da tempo cerco in tutte le sedi in cui me ne è data occasione di richiamare l'attenzione sulla necessità di introdurre un sistema di *rating* sulla falsariga del modello *Standard Ethics* che preveda la valutazione in *progress* di tutto ciò che gli erogatori fanno — siano essi pubblici o privati — con monitoraggio in tempo pressoché reale, andando ad attribuire all'AGENAS il compito di realizzarlo.

Sarà necessario un grande sforzo economico per dotare tutte le strutture con i più moderni impianti tecnologici e tra questi i mezzi di soccorso avanzato dovranno essere attrezzati con diagnostica strumentale, al fine di garantire l'abbattimento del *triage* all'arrivo al pronto soccorso del paziente in ospedale, consentendo al paziente, già stabilizzato, di essere immediatamente ospedalizzato, senza necessario passaggio e intasamento al pronto soccorso. Va da sé che occorre personale in grado di assolvere in modo impeccabile tale funzione, quindi bisogna formarlo adeguatamente.

È altresì necessario superare la situazione paradossale a cui si assiste quotidianamente, di sovraccarico dei pronto soccorso, spesso frequentati anche da donne vittime di violenza; ma quelle sono « fortunate » perché la vera emergenza sono i femminicidi. Penso che sia necessario cer-

care di porre rimedio anche a questo con leggi adeguate di prevenzione e protezione, unitamente alla creazione di centri poli-specialistici territoriali, sempre integrati con il sistema dell'emergenza/urgenza, continuità assistenziale di prossimità della persona e della famiglia, in grado di accogliere i pazienti non gravi, che oggi accedono spontaneamente al pronto soccorso per mancanza di strutture di primo intervento, anche per quelle prestazioni diagnostico-terapeutiche per cui le liste di attesa territoriali risultano troppo lunghe o troppo costose per l'utenza vulnerabile.

Ho già messo a disposizione della 12^a Commissione una bozza avanzata di quanto le ho appena rappresentato e sto aspettando che vi siano contributi di ognuno per procedere al deposito di un disegno di legge condiviso, perché dal nostro punto di vista l'argomento è così delicato che non possono e non debbono esserci divisioni di sorta, soprattutto ideologiche.

Prospettiamo un aggiornamento sistemico dei livelli essenziali di assistenza e di emergenza/urgenza preospedaliera congiuntamente a quelli del servizio di emergenza ospedaliero, di territorializzazione delle cure, di ospedalizzazioni domiciliari, di domiciliarizzazione tecnologicamente assistita, integrata con la medicina di base e soprattutto chiamando a concorrere tutti gli erogatori, pubblici e privati, accreditati e a contratto.

Il sistema proposto, pertanto, non si fonda solo su competenze sanitarie e tecnologie tipicamente ospedaliere, ma soprattutto sull'appropriatezza degli accertamenti diagnostici, di cura e stabilizzazione dei parametri vitali di livello avanzato in sinergia con la medicina territoriale, quale servizio di continuità assistenziale evoluto e integrato, nonché agendo per rafforzare gli sforzi apprezzabilmente profusi, e che lei ha richiamato, puntando sull'effettiva messa a regime del fascicolo sanitario elettronico, comprensivo del piano individuale terapeutico farmacologico. Se non fosse oltre modo complicato e portatore di ulteriori ritardi, anche sociosanitario elettronico.

Da qui l'opportunità di mettere in campo un meccanismo incisivo di correzione delle incongruenze e lacune normative, in *matching* con gli assi progettuali del PNRR, per assicurarne tempestiva realizzazione, in linea con gli obiettivi generali e specifici, con particolare riguardo alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture, a cominciare da quelle sede di DEA di secondo livello e di implementazione di un modello digitale di domiciliarizzazione delle cure, che renda fruibile soluzioni e strumenti di telemedicina *Connected Care*.

Il riordino legislativo promosso introduce alcune novità, in ogni caso in linea con il regolamento europeo 305/2013, conformando il nostro Servizio sanitario nazionale ad alcuni principi non più eludibili, su cui se ci sarà tempo potremo approfondire, ma che senz'altro troverà nelle nostre osservazioni a margine del disegno di legge e nel parere sul PNRR della nostra Commissione.

Vado alle conclusioni per evitare sforamenti incongrui, ma se lo riterrà di interesse, siamo a disposizione per i dettagli. Mi preme solo richiamare la sua attenzione sulla necessità di rivedere la contrattualizzazione degli erogatori, sia pubblici che privati, intervenendo sul decreto legislativo n. 502, con un sistema di *rating* pregnante, disincentivante e di valutazione integrata Stato-regioni, di monitoraggio e controllo senza soluzione di continuità. Ciò è indispensabile per riqualificare la spesa dando di più e costando di meno, superando definitivamente la logica dei *budget* storicizzati e delle funzioni non tariffabili, secondo il principio generale che tutti gli erogatori, pubblici e privati, concorrono all'erogazione delle attività di emergenza/urgenza ospedaliera proporzionalmente al *budget* assegnato, presidio per presidio, secondo il principio di aderenza territoriale alla base della nuova classificazione delle strutture.

Il sistema proposto consente, a livello centrale, di disporre dei dati in tempo pressoché reale per valutare l'efficacia e l'efficienza sostanziale dei singoli sistemi sanitari di emergenza e, quanto alle re-

gioni, di avere sotto controllo gli esiti di ogni singolo erogatore.

Mi farebbe piacere che quando si andrà a discutere in Commissione l'articolato, lei ci onorasse della sua presenza, quanto meno nei passaggi politici più importanti, coordinando il tutto con un sottosegretario delegato. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, senatrice Cantù. L'onorevole D'Arrando ha cinque minuti a disposizione. Prego.

CELESTE D'ARRANDO (*intervento da remoto*). Grazie, presidente e grazie, Ministro. Io parto da due punti che sicuramente condividiamo che sono...

PRESIDENTE. Onorevole D'Arrando, disattivi il video, perché la sentiamo male.

CELESTE D'ARRANDO (*intervento da remoto*). Stavo dicendo, ringrazio il Ministro per le sue linee programmatiche che ricalcano il PNRR.

Sicuramente condividiamo la parte della relazione sull'*One Health* e quindi la necessità di avere un approccio di visione di insieme della salute e di non parcellizzazione della medesima, attraverso l'alimentazione, l'ambiente e quindi una connessione sinergica tra i diversi contesti che vanno a influire sulla salute dei nostri cittadini e delle nostre cittadine.

Siamo concordi sulla necessità della digitalizzazione nell'ambito sanitario, nell'implementazione e nel potenziamento del fascicolo sanitario elettronico, così come della telemedicina. A questo proposito, le chiedo se ritiene opportuno andare verso l'istituzione dell'armadio farmaceutico digitale nazionale per l'attivazione del *dossier* farmaceutico, anche a seguito della approvazione di un ordine del giorno al decreto "Rilancio".

Proprio nell'ottica di ragionare su una sanità di territorio, costruendo una visione di insieme, arrivo a dei punti su cui chiedo da parte sua dei chiarimenti. Riguardano la necessità di andare a individuare nella sanità di territorio, nella sanità di prossimità non tanto quali siano i contenitori entro i

quali si andranno a fare le prestazioni e ad erogare i servizi ai cittadini e alle cittadine, ma più che altro per mettere il *focus* sulle procedure organizzative.

Arrivo ai punti che anche nel corso delle audizioni sul PNRR sono stati considerati critici e riguardano le Case della comunità. Nella sua illustrazione ho sentito le Case della comunità, le centrali operative, i centri territoriali per la povertà sanitaria. Sì, tutti contenitori — mi passi il termine — utili con delle funzioni prestabilite, ma che in un certo senso frammentano, a mio avviso, quella che è la sanità di territorio.

Nello specifico, ricalcando quelle che sono le funzioni nella definizione data nel decreto del Ministero della salute del 10 luglio del 2007, le Case della comunità hanno le medesime funzioni, almeno sulla carta, delle attuali Case della salute.

Quindi le chiedo, a questo proposito, se ritiene opportuno — invece di creare una struttura *ex novo* — andare a riformare, a rivedere le Case della salute, mantenendo lo stesso nome, ma dandogli la collocazione e le funzioni che lei ha espresso nelle sue linee programmatiche. Anche perché esistono già in alcune regioni e sarebbe opportuno rivedere la loro presenza su tutto il territorio nazionale e garantirlo su tutto il territorio nazionale, in particolare al sud, dove sono particolarmente assenti.

Invece, nel caso contrario in cui ritiene di proseguire nella creazione delle Case della comunità, se andrà poi a rivedere le Case della salute e quindi a cambiare e a fare solo le Case della comunità. Spero di essere stata chiara in questa domanda, credo che sia importante chiarire questo punto. Soprattutto, che siano Case della salute o Case della comunità, il nome poco conta, ma conta quello che verrà fatto all'interno di queste strutture. Se riuscirà a garantire che queste case avranno lo stesso personale, le stesse funzioni, omogenee su tutto il territorio nazionale, per non creare quella — di cui anche lei ha parlato — che è la disparità interregionale e quindi garantire le parità dell'opportunità di accesso alla salute e ai servizi sanitari.

Anche nell'ottica della multidisciplinarietà, credo che sia giusto avere delle strut-

ture sul territorio e mi collego anche alla questione delle ADI (Assistenza domiciliare integrata) che, per la definizione stessa delle Case della salute, sono situate proprio all'interno delle medesime case. Questo potrebbe essere un modo di utilizzare, di razionalizzare ciò che già si ha, ma in maniera più efficace e rispondente agli attuali bisogni sanitari.

Ritiene che sia opportuno anche dare una linea, un approccio sociosanitario? Perché oggi, come ho già detto tante volte, sociale e sanitario vanno a intersecarsi e devono necessariamente comunicare tra di loro e quindi anche su questo le chiedo un suo punto di vista, se ritiene opportuno andare in questa direzione.

Ultime due domande che secondo noi sono fondamentali e importanti. La parte critica delle Case della comunità che è emersa nelle audizioni è il criterio del numero di abitanti. Quello che ci hanno fatto presente e che condividiamo è che ci sono delle caratteristiche territoriali e geografiche diverse tra regioni e anche tra comuni e il limite del numero di abitanti potrebbe non assicurare una copertura effettivamente capillare e rispondente e quindi di sanità di prossimità, così come si pone di essere la Casa della comunità.

Vado a chiudere. Se ritiene anche necessario integrare il PNRR e le sue linee programmatiche con il *budget* di salute, che — come sa molto bene, perché è oggetto negli ultimi anni di interventi nell'ambito territoriale — come modello virtuoso di integrazione sociosanitaria che andrebbe proprio verso la domiciliarizzazione, la presa in carico del paziente dal punto di vista multidisciplinare e multidimensionale, oltre che mettere al centro la persona in quelle che sono le politiche sociosanitarie del nostro Paese.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Boldrini ha due minuti e 30 secondi a disposizione.

PAOLA BOLDRINI. Grazie presidente e grazie Ministro per la relazione, innanzitutto con un aggiornamento per quanto riguarda la situazione vaccinale e anche

per le sue linee programmatiche, delle quali condivido moltissimi passaggi.

Mi fermo un attimo all'aggiornamento vaccinale. Io credo che ormai bisogna davvero intervenire - lo ha detto anche lei ieri - sul tema dello scudo penale, per quanto riguarda i sanitari che stanno vaccinando. Con rammarico ho visto l'apertura di fascicoli nelle Procure per quei medici e di quegli infermieri che si sono, invece prestato, in maniera anche a volte volontaria. Quindi su questo io credo davvero che dobbiamo intervenire, Governo e Parlamento, il più presto possibile.

Per quanto riguarda il resto le faccio delle domande *spot*, perché ho riconosciuto nel PNRR e anche nelle sue linee programmatiche cose che ci stiamo dicendo e che mi fa piacere che lei ha continuato e sta continuando a perseguire durante il suo mandato.

In particolar modo vorrei sottolineare un'altra cosa. Visto che dobbiamo vedere in maniera olistica, *One Health* - olistica in italiano - il benessere della persona, pongo alla sua attenzione la psicologia, lo psicologo delle cure primarie. Abbiamo bisogno di tranquillità, i nostri cittadini hanno bisogno di essere rassicurati da chi è in grado di farlo, da un professionista. Quindi un'attenzione maggiore, visto che è previsto nei LEA, nei confronti di questa figura professionale che deve essere assolutamente messa a servizio dei nostri cittadini. Questa è una cosa importantissima.

Un'altra cosa per quanto riguarda i vaccinatori. In molti avevamo fatto la richiesta, perché non le ostetriche? Le ostetriche sono professionisti riconosciuti nella legge n. 3 del 2018, insieme agli infermieri potrebbero aiutare. Sono 20.000 sul territorio nazionale, sembra essere quasi un disconoscere una professione.

Un'altra cosa molto importante che le chiede, visto che il tema dell'ambiente mi interessa molto - quindi *One Health* anche attraverso l'ambiente - è se in questo nuovo sistema nazionale di prevenzione e salute ambientale ha intenzione, Ministro - e credo di sì, e così dovrebbe essere, a mio parere - di prevedere una collaborazione con le Agenzie regionali per la prevenzione

ambiente (ARPA) e l'Istituto superiore per la prevenzione e la ricerca ambientale. Sono due istituzioni che si occupano di ambiente da sempre. Il tema della salute era quello che mancava, quel connubio importante che adesso vedo essere ricompreso nel PNRR.

Per quanto riguarda i siti contaminati serve anche la partecipazione dei cittadini, perché devono essere anche loro al corrente di che cosa sta succedendo sul proprio territorio.

Un'altra cosa che mi preme sono i monitoraggi. La collega Cantù sempre ce lo ricorda e io sono veramente d'accordo. È vero che il PNRR lo prevederà, perché si utilizzano risorse europee, ma bisogna fare monitoraggio *ex ante* e *ex post* di tutto quello che si metterà in essere. Noi dobbiamo vedere la reale efficacia dei progetti che riusciamo a calare sul territorio.

L'ultimissimo tema riguarda la transizione digitale. In base all'indice di digitalizzazione dell'economia e della società purtroppo siamo agli ultimi posti nell'Unione europea. Io credo che abbiamo bisogno davvero di raggiungere i primi, con tanta formazione, ovviamente per tutti i professionisti che se ne occuperanno.

Grazie, Ministro.

PRESIDENTE. Grazie a Lei. Onorevole Bologna, ha due minuti a disposizione.

FABIOLA BOLOGNA (*intervento da remoto*). Grazie, Presidente. Grazie, Ministro per la sua relazione. Mi soffermerò su due aspetti, il primo riguarda il piano di ripresa e resilienza.

Per un territorio che funzioni è necessario un *team* delle cure primarie, formato dal medico di medicina generale, personale infermieristico e amministrativo che possano assicurare una copertura quotidiana insieme agli specialisti del territorio e in rete con gli specialisti ospedalieri per una reale continuità, grazie anche alla digitalizzazione. Per una ricerca competitiva bisogna snellire e velocizzare le procedure di autorizzazione, anche con una semplificazione della struttura dei comitati etici. Per ampliare i piani di prevenzione, sia prima-

ria che secondaria, così da ridurre i bisogni di cura è necessario da un lato promuovere i corretti stili di vita, dall'altro incrementare i programmi di *screening* oncologici, di *screening* neonatali e delle malattie croniche.

Il secondo aspetto di cui voglio parlare riguarda i problemi di attualità da affrontare. Un intervento legislativo straordinario in una situazione straordinaria per calibrare la responsabilità medica a tutela dei sanitari, anche in vista della necessità di mettere in campo tutti i sanitari disponibili per le vaccinazioni.

Occorre, inoltre valutare una soluzione per le donne che lavorano in sanità con bambini in età scolare, che con le scuole chiuse sono in estrema difficoltà nella gestione di lavoro e famiglia. Sappiamo, infine, che lei non dimentica gli altri malati, oltre il COVID-19, e come saprà la legge sulle malattie rare è stata calendarizzata il prossimo 29 marzo in Aula. La nostra Commissione è compatta, la volontà politica è unanime di portare a termine questa legge. Le chiedo di aiutarci davvero a sbloccare l'ultimo passaggio burocratico tra Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze per portare a compimento questa legge che è calendarizzata per la terza volta e speriamo questa volta di portarla a termine. La ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole Sapia, un minuto a disposizione.

FRANCESCO SAPIA (*intervento da remoto*). Grazie, gentile presidente.

Premesso che per onestà intellettuale e obiettività politica apprezzo la volontà del Ministro di correggere i limiti contenuti nel decreto ministeriale n. 70 del 2015 sugli standard ospedalieri, evidenzio anche che questa necessità è stata da me costantemente rimarcata con riferimento alla regione Calabria, nella quale si è provveduto ad una organizzazione della rete ospedaliera che non tiene assolutamente conto delle specificità territoriali.

Quindi rivendico il lavoro politico svolto, finora in grande solitudine, al fine di modificare e correggere questo decreto che ha

gravemente penalizzato gli ospedali montani della Calabria, gli ospedali di zona disagiata e l'ospedale di Cariati.

Però, Ministro Speranza, c'è anche da dire che lei non è stato molto audace nei riguardi della sanità meridionale, pure venendo al sud, sulla gestione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Calabria è rimasto alquanto a guardare.

Tra l'altro continua ad ignorare il problema dei criteri di ripartizione del fondo sanitario alle regioni che hanno determinato un Paese diviso in due, nord e sud, ricchi e poveri. Ancora, Ministro Speranza, non è dato sapere se l'Italia porrà rimedio alle gravissime carenze di organico in ambito sanitario che dovevano essere sanate prima dell'entrata in vigore della legge n. 161 del 2014, sui turni e riposi obbligatori.

Le chiedo, pertanto, tre cose Ministro Speranza.

Sulla sanità calabrese vuole mantenere l'andazzo attuale nel quale competenze, gestione ed organizzazione sono piuttosto assenti?

Rispetto ai criteri di ripartizione del fondo sanitario, intende ancora continuare a non porsi il problema, oppure vuole impegnarsi perché vengono basati sui dati di morbilità, comorbilità e vulnerabilità sociale delle singole regioni?

Terza e ultima cosa, Ministro Speranza: sulle assunzioni a tempo indeterminato che servono per il rispetto delle norme sui turni e i riposi obbligatori, intende prendere impegni precisi oppure no? Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Binetti ha un minuto e 15 secondi a disposizione.

PAOLA BINETTI. Ministro, due circostanze molto precise, molto puntuali. Due giorni fa era l'anniversario del giorno in cui venne approvata la legge sulle cure palliative, noi speriamo, ci auguriamo oggi in Commissione di approvare un cosiddetto affare assegnato su questo tema, ma l'obiettivo è: davanti a tematiche specifiche... Perché lei ci ha fatto una panoramica a 360 gradi in cui onestamente c'è tutto, l'unico problema che ci si pone è quanto di questo riusciremo a realizzarlo, ma per il resto

potremo dire che nella sua relazione c'è. Però serve un'attenzione particolare in questo caso perché — come lei facilmente immagina — quando parliamo di cure palliative parliamo non delle cure che ci sono prima di morire, ma di quelle cure che accompagnano la vita fino all'ultimo momento, e che non solo servono per i malati oncologici, per i malati affetti da patologie neurodegenerative, ma anche, per esempio, per gli anziani.

Quindi chiedo se quella mozione che noi approveremo oggi, sicuramente troverà poi un'attenzione forte, operativa e concreta.

La seconda domanda riguarda un universo completamente diverso. Il 2 aprile — ma il 2 aprile ormai è domani — è la Giornata internazionale della consapevolezza dell'autismo. Stiamo parlando di bambini, stiamo parlando di una fascia di persone che in questo periodo ha sofferto più degli altri, in tutti i modi. Anche lì noi interverremo, prepareremo un documento da sottoporle, relativo all'attenzione specifica all'infanzia con le sue sofferenze, con il suo disagio che, ovviamente, tocca anche le famiglie. Perché per ogni bambino che soffre non c'è solo una madre che lo assiste, ma c'è un intero nucleo familiare in difficoltà. Ci sembra che ci siano pochi interventi rispetto a tematiche che non riguardano ovviamente solo la salute mentale, ma piuttosto l'inserimento di queste persone in un contesto più ampio, che quando sono piccoli è la scuola. Il vero dramma, paradossalmente, è quando crescono e la scuola non è più il contesto adeguato per loro non ci sono strutture a cui si possono appoggiare, in cui si possano inserire.

Sono due domande precise, puntuali e concrete. Noi ci metteremo la nostra attenzione, come facciamo anche per le malattie rare e quindi anche per l'evento del 29 marzo, richiamato dalla collega Bologna. Le chiediamo a 360 gradi di avere presente alcuni punti, di non farceli sfuggire in questo orizzonte straordinario in cui c'è di tutto e di più.

PRESIDENTE. Grazie, senatrice Rizzotti. Prego, ha un minuto e 15 secondi a disposizione.

MARIA RIZZOTTI (*intervento da remoto*). Ministro, la ringrazio molto per la sua relazione, per l'illustrazione dei punti programmatici che condivido. Molte cose sono già state dette, il mio appello, come altre colleghe, è per l'iter del provvedimento sui disturbi del comportamento alimentare ricordando che il 15 di marzo è stata la giornata del Fiocchetto Lilla. Noi abbiamo tre milioni di ragazzi, persone ammalate di anoressia e bulimia e in questa fase di *lockdown* sono anche stati impediti gli accessi alle cure per chi si vuole curare. Quindi la prego, portiamo avanti questo iter del mio disegno di legge.

Ultima cosa. Vorrei sapere la sua posizione riguardo alla lettera di diffida che hanno mandato i sindacati per i 70 precari di AGENAS. Ricordiamo, come segnalato anche dalla Corte dei conti, che nel bilancio provvisorio l'AGENAS ha messo più di 350.000 euro per le consulenze esterne, stanno prendendo nuovi precari e si dimenticano di persone che da più decenni lavorano all'AGENAS con professionalità e che ormai dal 31 dicembre non prendono più soldi.

Avevate avuto un incontro, erano state fatte promesse, nel decreto « Milleproroghe » tutti i gruppi politici avevano presentato un emendamento a sostegno della stabilizzazione di questi 70 professionisti. Hanno chiesto anche un incontro al direttore Mantoan, che invece sta prendendo molte persone dalla Azienda Zero del Veneto, regione dalla quale lui proviene. Vorremmo sapere se c'è qualcosa per questi disperati professionisti nel decreto "Sostegni". Grazie, Ministro.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Onorevole Bellucci, ha due a disposizione.

MARIA TERESA BELLUCCI (*intervento da remoto*). Grazie, presidente.

Dato il poco tempo sarò velocissima. Ministro, le Nazioni Unite hanno raccomandato urgentemente di introdurre delle azioni per promuovere la salute mentale e psicologica delle persone. Lo hanno fatto perché la pandemia ha aggravato situazioni già di difficoltà e ha fatto emergere situa-

zioni di grande sofferenza, depressione, ansia, paura per il futuro, isolamento e abbiamo una situazione che riguarda sia gli adulti, ma anche i più giovani.

L'ospedale Gaslini ha rilevato come oltre il 60 per cento di minori, anche con punte oltre il 70 per cento, ha disturbi comportamentali, disturbi d'ansia, insonnia e parliamo comunque di età evolutiva. L'ospedale Bambino Gesù ha lanciato un grido di aiuto, perché ha chiesto che si potesse intervenire perché sono aumentati del 30 per cento i ricoveri in età evolutiva per tentati suicidi e atti di autolesionismo.

Rispetto a tutto questo, Ministro, mi corre l'obbligo di sottolineare che non c'è stata una parola da parte sua per quanto riguarda la salute mentale e ancora più grave è che non c'è una parola nel PNRR. I nostri italiani, sia i più piccoli che i più grandi, stanno vivendo uno stato di abbandono totale per quanto riguarda l'assistenza psicologica.

Oltre al numero verde, tra l'altro del tutto gratuito, tenuto in piedi da psicologi e psicoterapeuti che si sono offerti gratuitamente e che oggi tra l'altro è chiuso e quindi se si fa il numero di telefono si dice che non è operativo, non c'è nulla. Già la nostra Italia era tra gli ultimi in Europa per servizi di salute mentale e anche per dipartimenti di dipendenze patologiche, perché abbiamo un aumento di dipendenze patologiche da alcol, da sostanze, da Internet, e questo riguarda sempre sia i più piccoli, sia i giovani, che i più grandi. Rispetto a questi dati allarmanti non c'è niente nel PNRR e non c'è nulla nella sua relazione.

Non possiamo pensare che queste non siano parti fondamentali della sanità, della salute, della protezione del benessere, se dobbiamo investire sul capitale umano, e quindi cercare di fare ripartire questa nostra Italia oggi, ma anche domani, perché le conseguenze le vedremo ancora più significative domani, non possiamo pensare di destinare zero.

Oggi non è una questione di « io vorrei di più, io vorrei di meno ». Oggi noi ci confrontiamo con un'assenza di attenzioni nel PNRR e poi, mi permetto di dire, anche

un'assenza di attenzione nelle sue parole, per cui la sanità è a 360 gradi e deve vedere il benessere psicologico e organico. Non c'è assistenza in questo senso. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Castellone, ha due minuti e 30 secondi.

MARIA DOMENICA CASTELLONE. Grazie, presidente e grazie, Ministro per avere illustrato questa riforma della sanità assolutamente condivisibile.

Vorrei solo suggerire alcune integrazioni. Finalmente parliamo di riformare la medicina territoriale andando a strutturare quella rete di cure primarie e di cure intermedie che oggi è realtà solo in pochissime regioni. In questa riforma, però, non vediamo come si pensa di riorganizzare il sistema di emergenza/urgenza territoriale 118.

Qui mi ricollego a quello che diceva la senatrice Cantù, però sottolineando come, a mio avviso, se stiamo ripensando all'assistenza sanitaria, partendo dal territorio, anche il 118 deve essere organizzato e pensato come sistema di emergenza/urgenza territoriale e non come succursale del pronto soccorso.

Un altro punto che non è particolarmente chiaro è come si pensa di evolvere la figura del medico di medicina generale anche dal punto di vista logistico, organizzativo, contrattuale, per inserirlo sempre di più nel Servizio sanitario nazionale, a partire dalla formazione che, a nostro avviso, deve evolvere in un percorso di formazione specialistica.

Passando alla digitalizzazione, chiaramente anche questa deve partire dal territorio. Oggi non tutti i medici convenzionati fanno confluire in maniera digitale i dati dei propri assistiti nel Servizio sanitario nazionale e invece perché finalmente parta il fascicolo sanitario elettronico e la cartella clinica elettronica si deve partire proprio da quello, quindi dal digitalizzare non solo i percorsi ospedalieri, ma tutti i percorsi assistenziali, a partire dal territorio.

I finanziamenti per la ricerca devono essere utilizzati anche per quella in cure primarie e medicina di comunità, cosa che

invece oggi, almeno nel PNRR, non vediamo.

Un ultimo spunto: potenziare certamente gli investimenti in ricerca. Oggi siamo al ventisettesimo posto nell'area OCSE perché investiamo solo l'1,4 per cento del nostro PIL in ricerca, considerando che il 65 per cento degli investimenti sono privati, quindi gli investimenti pubblici sono appena lo 0,5 per cento del PIL.

La ricerca deve essere anche di base. Se siamo arrivati in un tempo così rapido ad avere dei vaccini, è perché in alcuni Paesi si è partiti dal potenziamento di nuove metodologie vaccinali, anche a partire dalla ricerca di base, e mi riferisco soprattutto ai vaccini a RNA messaggero. Anche per questa tecnologia il nostro Paese dovrebbe essere in grado — se saranno liberalizzate le licenze — di poter produrre questo tipo di vaccino.

Infine, ultimo spunto, lo scudo legale agli operatori sanitari che operano nell'ambito della pandemia. Noi avevamo depositato un emendamento già al decreto "Cura Italia", adesso siamo davvero lieti di vedere che finalmente c'è consenso da parte di tutte le forze politiche e speriamo di poter raggiungere questo risultato. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole Carnevali. Ha due minuti e 30 secondi. Prego.

ELENA CARNEVALI. Grazie, presidente. Grazie, Ministro per la relazione molto dettagliata e esaustiva.

Pochi punti. Il primo: sul piano vaccinale nel *report* che ha mandato abbiamo la garanzia dell'approvvigionamento di 27,7 milioni di dosi da parte di AstraZeneca, in più vedo che sono inclusi anche oltre sei milioni da parte del vaccino CureVac. Volevo capire se c'è l'autorizzazione e con quali tempi. Rispetto al coordinamento, verifica e sorveglianza di quello che le regioni fanno, secondo il mio giudizio non bastano solo i dati sulla somministrazione e non bastano solo i dati sul numero delle persone vaccinate, sarebbe utile avere dati sulla proporzione delle persone che ne hanno bisogno.

Secondo punto. Serve un piano per la psichiatria, per la neuropsichiatria infan-

tile. Oggi o tra pochi giorni ci sarà la consegna delle firme per questo appello che hanno fatto gli psichiatri e i neuropsichiatri infantili, va colto e va messo come piano specifico.

Terzo: linee programmatiche. Bene la spinta sulla formazione, perché non abbiamo inserito le borse di specializzazione nel piano nazionale di resilienza che dura sei anni? Secondo me qui c'erano le condizioni per poterle finanziare.

Quarto tema: la questione relativa alle liste di attesa. Abbiamo dato 500 milioni con la legge di bilancio dello scorso anno, credo che le cronicità storiche del sistema debbano essere comunque aggredite, oltre all'investimento significativo di cinque miliardi.

Sul tema del personale chiedo un impegno di tutte le forze politiche a supporto di una battaglia che abbiamo sempre fatto — lei per primo, ma noi non da meno — su un incremento non solo per la stabilizzazione, ma per un aumento del personale.

Due ultimissime cose. È un bene che la prima cura avvenga a domicilio; l'assistenza domiciliare integrata ha bisogno di un piano della non autosufficienza. Le ADI sono di tipologia prestazionale, credo che sia utile fare una attività, inserire anche questo nel piano di resilienza.

Ultimissima cosa: ospedale di comunità. Io credo che piuttosto che dare l'impressione di fare una battaglia contro le RSA, cosa che nessuno ha in mente di fare, credo che molte RSA sono già nelle condizioni di potersi trasformare. Molte di queste già fanno attività in cure intermedie, forse potremo ragionare nell'ottica di inserire anche le residenze sanitarie assistenziali nella rete del Sistema sanitario e quindi incidere su di loro per la realizzazione degli ospedali di comunità.

PRESIDENTE. Grazie. Senatore Richetti, ha cinque minuti a disposizione.

MATTEO RICHETTI. Grazie, presidente, colleghi. Ministro, secondo me lei oggi ha messo al centro la vera questione che riguarda la sanità italiana, cioè la capacità di fare convivere questo doppio piano di contrasto all'emergenza e di programmazione.

In Italia non si sono mai fatte le due cose contestualmente. Nei periodi ordinari, quando la sanità è convinta di avere una prima necessità di gestione, si tralascia la predisposizione degli strumenti di contrasto all'emergenza.

In fase di contrasto all'emergenza, come quella che stiamo vivendo, passa in secondo piano la programmazione e il ripensamento del sistema, tutti concentrati molto comprensibilmente a superare una fase di difficoltà. Perché si è lanciata una sfida importante? Lei lo sa anche dall'opposizione, in un rapporto che io considero di stima reciproca, l'ho sollecitata con un'interrogazione insieme alla senatrice Bonino sui temi del piano sanitario nazionale, della relazione sullo stato sanitario del Paese che sono ritardi che non dipendono da lei, il nostro Paese li attende da tempo. Io penso che lei oggi abbia delineato i contenuti di questi strumenti, per cui la invito, e avrà anche il nostro supporto, a colmare quello che è secondo me un vuoto inaccettabile.

Solo due considerazioni sulle due parti della sua relazione.

Sulla prima. Sta utilizzando in maniera condivisibile un principio di precauzione, anche di tutela della cittadinanza e del popolo italiano. Io mi auguro che le vaccinazioni riprendano, perché in ballo c'è anche la credibilità — e noi l'abbiamo sostenuta con forza — e la rigosità delle procedure che abbiamo rivendicato. Se quelle procedure sono rigorose e attendibili, ovviamente la sospensione del vaccino AstraZeneca aprirebbe anche una discussione su quegli aspetti, ma non lo dico solo in termini di tutela delle procedure. Io penso che siamo di fronte ad una situazione nella quale i rimedi e la tutela posti dal vaccino sono più significativi, più rilevanti. Non faccio parte della comunità scientifica, non sono un'agenzia che ha questa funzione, però mi auguro che quella possa essere la soluzione, perché altrimenti alimenteremmo quel clima di sfiducia al quale lei giustamente si richiama in termini di avversario da tenere lontano.

Sul secondo aspetto. Finalmente vedo — e questo l'ho apprezzato anche dal ruolo di opposizione — l'attenzione a ribaltare la

logica. Non è il cittadino che si cerca il servizio giusto, ma è la dimensione universalistica del servizio che prende in carico il cittadino. Ridisegnare il Sistema sanitario con un'integrazione piena della dimensione sociosanitaria è una sfida alla quale ormai non si può più disattendere.

La Commissione del Senato sta facendo una discussione, secondo me, molto cogente sui temi della medicina territoriale ed è al centro della sua programmazione. Se vogliamo contrastare due fenomeni che sono di disfunzionalità, di inefficienza, come le liste di attesa e l'accesso inappropriato al pronto soccorso, la strada è quella che lei ha tracciato. È prevenire e soprattutto prendere in carico nella sua dimensione territoriale non solo il paziente dal punto di vista clinico e sanitario, ma anche dal punto di vista sociale.

Voglio sottolineare quanto ha appena evidenziato la collega Bellucci: il tema delle fragilità psicologiche, delle dipendenze e della salute mentale. Io l'ho intesa inserita all'interno delle Case delle comunità, cioè di quel punto che lei fa diventare non solo primo presidio sanitario, ma ha fatto riferimento a violenze, disagio sociale, dipendenze, quindi è fondamentale. Da questo punto di vista non è vero che c'è omogeneità sul territorio, perché le attuali Case della salute non svolgono un ruolo di osservatorio e consultorio, tanto è vero che una famiglia che ha a che fare con una disfunzione del metabolismo, un'anoressia o bulimia, oggi ha almeno tre sportelli di riferimento. Quello medico, quindi quello clinico, quello di supporto territoriale e quello dei servizi alla persona.

Sarebbe assolutamente fondamentale anche un lavoro di armonizzazione di ciò che sul territorio trova risposte diverse, perché è vero che c'è una dimensione di appropriatezza, un elemento di competenza delle regioni, ma questo Paese ha bisogno anche di unitarietà, perché troppo spesso le risposte sono fonte di disuguaglianza e il contrasto a risposte diseguali deve rimanere, secondo me, un punto di riferimento.

Avrà ovviamente pieno sostegno nell'attuazione di queste proposte.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole Novelli, ha due minuti a disposizione. Prego.

ROBERTO NOVELLI (*intervento da remoto*). Grazie, presidente. Ringrazio anche il signor Ministro per la relazione dettagliata. Io in questi due minuti volevo, signor Ministro, porre l'attenzione su due aspetti che poi sono due attori del processo di salute che riguarda tutti i cittadini italiani.

Lei ha fatto un passaggio veloce sugli infermieri. Credo che sia arrivato davvero il momento di dare il giusto peso e il giusto valore a una categoria che nel corso del tempo ha dato e sta dando molto in termini di sacrificio e anche di impegno, ma che continua a ricevere, dal mio punto di vista, troppo poco da parte del Stato.

Gli infermieri sono una categoria che — lo abbiamo già più volte ripetuto — è sottopagata rispetto agli altri Paesi Europei, è in un numero insufficiente e si trova anche a combattere da tempo per quella che è la loro richiesta, e dal mio punto di vista un diritto, di poter lavorare anche in *extramoenia*, soprattutto in un momento come questo, in cui la loro funzione per quanto riguarda il piano vaccinale sarebbe importantissima. Bene le farmacie, bene tutto quello che è stato detto, i medici di medicina generale, i pediatri, ma, attenzione, cerchiamo di dare delle risposte anche alle richieste di quella categoria, che sono peraltro importanti per l'efficienza del sistema.

Poi vorrei chiederle, signor Ministro, qual è l'intenzione che lei ha — e naturalmente questa dovrà essere condivisa con il Governo e il Parlamento — per quanto riguarda la riorganizzazione dei medici di medicina generale. In questo periodo purtroppo abbiamo notato delle difformità assolutamente poco ortodosse nel comportamento, anche sindacale a volte, di questa importantissima categoria, che però deve in qualche modo uniformare il suo atteggiamento e la sua attività nei riguardi dello Stato e dei cittadini di questo Paese.

Non è un atto di accusa, sia ben chiaro, però va messo ordine anche in questo settore.

Il terzo e ultimo aspetto riguarda il futuro, e quindi la ripresa di quelle che

sono tutte le attività sanitarie che devono riguardare le persone che sono malate di altro, non solamente di COVID. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Onorevole Gemmato, ha tre minuti a disposizione.

MARCELLO GEMMATO. Grazie, presidente. Ministro, riprendiamo da dove in Parlamento ci eravamo lasciati, ovvero quando giovedì scorso, alla chiusura di un importante atto parlamentare, chiedevamo a lei rassicurazioni rispetto alla vaccinazione dei soggetti fragili. Chiedevamo, appunto, parole di conforto che immagino le siano sfuggite in questa sua prima parte della relazione, e che in fase di replica vorrà fornire al Parlamento, ma soprattutto agli italiani, ai soggetti fragili, agli immunodepressi, e ai malati pluripatologici. Detto questo, Ministro, io le lascio una mia impressione; noi purtroppo continuiamo a inseguire la pandemia, piuttosto che cavalcarla. Mi spiego meglio. Quando lei parla degli accordi con i medici, di accordi con i farmacisti, le voglio segnalare che la legge che apre alla possibilità di inoculare i vaccini in farmacia è stata approvata a dicembre.

Ad oggi non esistono ancora protocolli, accordi strutturali tra lo Stato e le associazioni dei farmacisti, ma soprattutto non esiste neanche una declinazione regionale degli stessi.

Se dovessero arrivare — come lei dice e noi ci auguriamo — 50 milioni di vaccini nel secondo semestre, noi dovremmo avere già un esercito, una potenza di fuoco sul territorio atta a vaccinare. Se noi aspettiamo che arrivano i vaccini per poi invece atterzare l'esercito ritengo che facciamo cosa sbagliata e continuiamo a inseguire il virus, piuttosto che aggredirlo.

Quindi celerità nell'azione. Non so come, per esempio, intenda superare la proliferazione di trattativa sindacale tra regioni e sindacati. Ora noi abbiamo 21 sistemi sanitari regionali e dobbiamo stipulare 21 accordi. Ritengo che anche questo debba essere compendiato dal Ministero e si debba trovare uno strumento certo, efficace per fare in modo che quando arrivano i vaccini

— e abbiamo capito che i vaccini, lo ripetiamo, sono l'unica soluzione attuale per uscire da questa pandemia — noi dobbiamo avere una struttura già pronta all'inoculazione.

Detto questo, Ministro, le chiedo che cosa pensa dello scudo penale richiesto dal presidente dell'ordine dei medici Anelli ieri, che potrebbe riguardare tutti gli operatori sanitari che vaccinano, per consentire ai nostri operatori sanitari di potere agire in sicurezza.

Chiudo: il piano vaccinale. Ora non ci è chiaro quale piano vaccinale sia in campo, se sia stato promulgato. Penso che forse il 10 di marzo ci sia stata una prima bozza che è stata condivisa con le regioni, peraltro derivante da precedenti piani vaccinali che avevano sempre la sua figura essere centrale. Abbiamo la possibilità di condividere con il Parlamento seriamente e veramente questo piano vaccinale per poterlo arricchire delle sensibilità, delle esperienze e anche della rappresentanza che ogni singolo parlamentare ha, appunto, nel Parlamento italiano? Io spero di sì, perché noi su questo vogliamo improntare la nostra azione di opposizione patriottica e le chiedo, Ministro, se può venire più spesso in Aula a confrontarsi con noi. Lo diceva giustamente il collega Zaffini, lei ha una grande formazione politico-culturale che la porta a dare centralità al Parlamento, diamo questa centralità al Parlamento Italiano. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Pirro. Ha due minuti e 30 a disposizione.

ELISA PIRRO. Grazie, presidente. Grazie, Ministro. Cercherò di essere veloce. La pandemia ci ha insegnato molto, ma una delle cose più rilevanti è che la frammentazione regionale del nostro Sistema sanitario non lo ha reso più efficiente e non ha migliorato i servizi per i cittadini.

Non crede che sia quindi ormai indispensabile rivedere le attribuzioni previste dalla Costituzione in materia di sanità?

Entrando, invece, nel merito delle linee programmatiche che ci ha esposto in riferimento al sistema di cure territoriali, ri-

teniamo che le cure domiciliari siano la vera innovazione da introdurre nel nostro Sistema sanitario, un vantaggio enorme sia per il malato cronico o la persona con disabilità non autosufficiente, sia per la sanità, che utilizzerebbe così le risorse in modo più efficace. Ma l'assistenza domiciliare non deve essere intesa solo come un'alternativa al ricovero, bensì un vero e proprio servizio di gestione del paziente continuo, senza periodi di vuoto assistenziale e per ogni aspetto necessario alla gestione e alla cura.

Dobbiamo impegnarci per garantire prestazioni domiciliari 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno; le cure a lungo termine ai malati cronici non autosufficienti, anche dopo eventuali dimissioni da ospedali di comunità, senza lasciare quindi delle vacanze a totale carico della famiglia.

Ministro, non pensa che sia indispensabile introdurre un contributo economico a carico del Servizio sanitario nazionale, così come attualmente è previsto solo per il ricovero nelle RSA per il malato con disabilità non autosufficiente, affinché possa essere curato prioritariamente al domicilio? Naturalmente qualora vi sia la disponibilità dei familiari o altri congiunti per i quali non vi siano controindicazioni da parte dell'ASL.

Per quanto riguarda il capitolo sulla prevenzione, riteniamo necessario preservare la salute dei cittadini a partire dalla salute dell'ambiente, mitigando l'impatto dei fattori inquinanti. Non crede che sarebbe opportuno prevedere anche una specializzazione medica postlaurea in materia di medicina ambientale all'interno dei dipartimenti di prevenzione? Prevedere l'istituzione di unità operative di medicina ambientale costituite da medici specialisti che affrontino questioni trasversali di salute?

La prevenzione deve essere un pilastro dell'azione del Sistema sanitario nazionale, bisogna cominciare a guardare a lungo termine alla salute dei cittadini, perché tutto quello che si investe oggi sarà un guadagno per il futuro.

Non sono trascurabili la prevenzione secondaria e le diagnosi precoci. In questo

senso risulta fondamentale individuare precocemente i soggetti potenzialmente beneficiari di terapie avanzate, per cui non ritiene anche lei necessario rendere finalmente e pienamente esigibili gli *screening* neonatali per la diagnosi di malattie genetiche rare ed aggiornare frequentemente la lista delle malattie da ricercare in relazione all'evoluzione delle evidenze scientifiche raggiunte nel tempo in campo diagnostico terapeutico?

Parimenti è fondamentale rendere disponibile le diagnosi molecolari in campo oncologico per avere accesso alle terapie avanzate disponibili, ma mancano i decreti attuativi, così come mancano anche quelli del registro tumori. Possiamo sperare in un'accelerazione della loro emanazione? Bisogna conseguentemente investire sull'accesso alle terapie avanzate e studiare nuove forme di finanziamento sostenibile per garantire l'accesso al più ampio numero possibile di pazienti. Non crede che sia necessario rivedere il sistema della spesa farmaceutica? Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole De Filippo, ha due minuti e 30 secondi a disposizione. Prego.

VITO DE FILIPPO (*intervento da remoto*). Velocemente. Grazie, presidente, grazie al Ministro per il difficile e complesso lavoro che sta realizzando in questa fase della storia del nostro Paese. Condivido, ovviamente, l'impostazione.

Due brevi osservazioni sulle due parti della relazione del Ministro. La prima è quella sul piano di vaccinazione. Il nostro è un Paese che ha sicuramente un grande obiettivo, quello di realizzare velocemente il piano di vaccinazione, in sicurezza e quindi applicando, quando è necessario, anche il principio di precauzione, come abbiamo visto in questi giorni. A noi non sfugge, Ministro, che questa vicenda internazionale e mondiale della vaccinazione ovviamente alimenta anche un grande interesse di tipo economico e finanziario che è stato stimato in 150 miliardi di dollari, quindi la scienza è a supporto delle vostre scelte, ma serve anche molto la politica. Io

non voglio suscitare dubbi, ma in queste settimane sicuramente il dibattito scientifico nel nostro continente è stato molto complicato. Io spero che con la sua capacità e con quella del Presidente del Consiglio saprete sicuramente approfondire benissimo nelle prossime ore anche la decisione dell'EMA, perché su questa storia dell'AstraZeneca ci sono sicuramente elementi scientifici, ma io non voglio presupporre che ci possano essere anche elementi di tipo politico. L'agenzia di regolazione inglese che ha una storia scientifica altrettanto memorabile ha messo a disposizione dati molto interessanti sugli eventi avversi di questo vaccino.

Sicuramente quella tedesca ha dato ulteriori elementi, speriamo che questo scenario, anche di dibattito scientifico e di dati si risolva velocemente e che l'iniziativa del nostro Paese — che è sempre molto attento a livello europeo — sappia essere veloce e efficace, perché non ci sfugge che questi giorni sono stati un ingrediente molto negativo per la campagna di vaccinazione.

Seconda e ultimissima osservazione. Il piano nazionale di resilienza offre sicuramente dati molto importanti su un elemento che è tra i più disunitari nella sanità e nelle politiche sociali del nostro Paese, che è quello dell'assistenza domiciliare.

Se guardiamo la cartina del nostro Paese, tra nord e sud la più grande differenza probabilmente la troviamo proprio su questa organizzazione della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare. I dati che ha messo a disposizione il PNRR ci parlano di una possibilità di arruolare con i prossimi investimenti 282.000 nuovi soggetti nell'assistenza domiciliare. Per la verità nell'audizione della Corte dei conti sono emersi dati diversi, perché si parla di 500.000 arruolabili con i nuovi investimenti. La cosa che io chiedo al Ministro, essendoci spunti nel piano molto importanti, è che questa operazione può essere fatta efficacemente con un piano di accreditamento di queste attività che sia unitario in tutto il nostro Paese, evitando differenze regionali che sono molte volte negative e sicuramente anche con *governance* diseconomiche e anche di grande difficoltà. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole Lapia, ha un minuto a disposizione.

MARA LAPIA (*intervento da remoto*). Grazie, presidente. Grazie, signor Ministro. La ringrazio anticipatamente per la sua attenzione. Ho ascoltato con grande attenzione il suo progetto e con grande rammarico ho pensato immediatamente alla mia terra, la Sardegna; penso che per quanto riguarda le linee programmatiche almeno l'80 per cento di quello che lei ci ha rappresentato, sarà completamente irrealizzabile nella stragrande maggioranza delle regioni del sud, come ha detto prima di me il collega calabrese Sapia.

Ha parlato di assistenza domiciliare, penso ai malati oncologici, ai malati di SLA (Sclerosi laterale amiotrofica), ai malati di sclerosi multipla nella mia terra, i malati oncologici che muoiono a casa, da soli, perché non abbiamo più medici negli *hospice*, perché non possiamo attivare le cure palliative a casa, ma neanche l'assistenza domiciliare di base. Ma parlo anche dell'assistenza ospedaliera, penso ai nostri ospedali, ospedali in chiusura, ospedali che ormai non hanno più medici. Penso al più grande ospedale del centro Sardegna, a Nuoro, che si è vista chiusa la chirurgia. Quindi penso a un progetto virtuoso che avrà un nord e un sud come sempre in Italia.

Ministro, la inviterei – pensando al suo progetto – a guardare veramente alle regioni italiane e a pensare che è un progetto non realizzabile nella nostra nazione se non si pensa che questa è una nazione che va a due velocità.

Vado velocemente, perché ho solamente un minuto, le faccio due domande, Ministro.

Le chiedo che cosa ha intenzione di fare per quanto riguarda la questione della peste suina africana in Sardegna? Perché anche qui abbiamo una problematica importante, la regione Sardegna, quindi il presidente della regione sarda, attribuisce a lei la completa responsabilità per quanto accaduto, perché abbiamo nuovamente avuto il blocco per quanto riguarda le esportazioni delle carni sarde.

PRESIDENTE. Onorevole Lapia, deve chiudere.

MARA LAPIA (*intervento da remoto*). Finisco subito. Però ufficialmente le chiedo una risposta.

Poi un'altra cosa, Ministro. Bisogna salvaguardare la Sardegna per tenerla in zona bianca, ma per questo il Governo deve aiutare la regione sarda e non lasciarla sola. Questo perché la regione Sardegna ha risorse limitate. Avete scelto di fare questo passaggio dalla zona rossa affinché si vada in zona bianca. I controlli di massa devono essere potenziati, la regione Sardegna non ce la fa. Ministro, dovete in questo senso intervenire per limitare l'arrivo nelle seconde case in Sardegna.

Lei all'inizio ha introdotto il suo discorso parlando di contenimento del COVID-19. Non è possibile pensare di gestire la regione Sardegna in questo modo e pensare di lasciare a chi arriva in Sardegna 48 ore di tempo per fare un test. Le chiedo di intervenire immediatamente, perché ritroveremo la Sardegna come zona rossa, come è successo l'anno scorso. Noi non abbiamo questa possibilità. Grazie, Ministro.

PRESIDENTE. Abbiamo un problema di tempo. Io chiedo agli ultimi che devono intervenire di aiutarmi in questo e quindi di riuscire a garantire i tempi che sono stati assegnati.

Senatore Siclari, ha un minuto e 15 secondi a disposizione.

MARCO SICLARI. Grazie. Ministro per l'illustrazione delle linee programmatiche. Io credo che da questa emergenza pandemica dobbiamo trarne un vantaggio per il futuro. L'emergenza pandemica ha dimostrato che il nostro Servizio sanitario nazionale non è un vero e proprio sistema organico funzionale, efficace ed efficiente a garantire assistenza sanitaria uguale da nord a sud.

Sono emerse notevoli e gravi differenze nei 20 servizi sanitari diversi, con programmazione e organizzazione e gestione totalmente diversa da nord a sud. Tutto questo è andato a discapito dei cittadini, delle

famiglie, degli alunni, degli insegnanti, dell'economia del Paese. Questa esperienza, come dicevo prima, deve essere da stimolo per fare delle scelte politiche spesso rinviate in passato e che ci permettono di curare radicalmente il nostro Servizio sanitario nazionale per affrontare le prossime sfide sanitarie del futuro, soprattutto in occasione del *Recovery Plan*.

Dobbiamo approfittare di questo momento, per fare quella famosa modifica del Titolo V. Solo intervenendo, Ministro, nella revisione del Titolo V riusciremo a dare assistenza sanitaria adeguata, efficace, efficiente a tutti, da nord a sud. Per fare questo, chiaramente, è necessario ripianare il debito sanitario delle regioni in piano di rientro e condizionarlo al miglioramento delle strutture sanitarie, ospedali, poliambulatori in termini di strumenti efficaci per la diagnosi e la cura delle malattie, investire in programmazione e organizzazione della medicina territoriale e di prossimità. Questo permetterà di ricentralizzare, una volta ripianato il debito di tutte le regioni, il sistema sanitario ed evitare che esistano 20 sistemi diversi che hanno 20 difficoltà finanziarie diverse e che non riescono a dare risposte sanitarie.

Ultimo punto che le chiedo in dieci secondi è questo. Ancorare una volta per tutte il fondo sanitario rispetto al PIL, a una percentuale minima dell'11 per cento; noi oggi siamo all'8,8 per cento. Se lei riuscirà a portarlo all'11 per cento con l'occasione del *Recovery Plan*, significa che possiamo veramente avere più specialisti medici, significa che possiamo liberarci dall'imbuto formativo, significa che possiamo completare gli ospedali incompleti, significa che possiamo fare tutto quello che lei ha detto nelle linee programmatiche.

Servono questi 40 miliardi. Sa perché le dico l'11? Perché è la media europea. L'Italia rispetto alla media europea è molto più bassa, siamo all'8,8, rispetto a Francia e Germania che si trovano all'11 per cento.

Se noi riusciamo ad avere questi due punti, riusciremo a garantire quello che lei ha detto nelle linee programmatiche e quello che chiedono i colleghi senatori e onorevoli della Camera dei Deputati. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Iori, ha due minuti e 30 secondi.

VANNA IORI (*intervento da remoto*) Grazie, Ministro per la sua presenza oggi. Grazie anche per l'impegno che lei sta profondendo in questa stagione così difficile e impegnativa e per l'illustrazione delle linee programmatiche a cui farò riferimento nel breve tempo che ho a disposizione.

Mi riferirò al primo dei cinque assi che lei ha indicato. Lei ha esordito dicendo: «La casa è il primo luogo di cura», quindi la cura domiciliare.

Io credo che questo sia il passaggio importante, proprio per potenziare la sanità pubblica del futuro, investendo sulla sanità di prossimità - la casa, il territorio - ma anche di contiguità. Quindi non solo la dimensione dello spazio, ma anche quella del tempo, che chiederei venisse maggiormente sottolineata, almeno altrettanto quanto viene indicata l'importanza delle Case di comunità, superando il concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale.

Questo significa rivedere la *governance* dei distretti sanitari, promuovendo una nuova rete sanitaria territoriale, ripensando l'intera offerta formativa sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale che mette in relazione tra loro professionisti che hanno formazioni diverse attraverso modelli organizzativi integrati sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione. Il medico solo non basta, consolidiamo maggiormente l'integrazione tra politiche sanitarie - come è stato detto anche negli interventi che mi hanno preceduto - sociali e ambientali, per favorire un'effettiva inclusione sociale attraverso l'integrazione dei servizi offerti.

Questo significa promuovere una medicina attenta alla prevenzione primaria, all'educazione e questa è la seconda sottolineatura che vorrei fare; oltre alla continuità temporale, anche l'educazione sanitaria e la scuola.

Lei ha accennato all'importanza della scuola e mi ha fatto molto piacere, perché è da lì che comincia l'educazione ai corretti stili di vita: quindi una maggiore attenzione all'educazione alimentare per combattere

l'obesità in aumento, alla prevenzione e alla cura delle tossicodipendenze e delle *cyber* dipendenze, alla tutela della salute dell'infanzia, dell'adolescenza, della donna e quindi potenziare la medicina di genere — terza sottolineatura — e della famiglia, riorganizzando i consultori territoriali. Un'educazione alla genitorialità che parta già nei corsi di preparazione al parto e nel dopo parto.

La mia domanda conclusiva è: per realizzare tutto questo e tutto quello che è stato detto dai colleghi precedentemente, quali strumenti e quali figure professionali ritenete opportuno indicare? Perché oltre all'indicazione, diciamo, teorica e robusta che avete fornito, credo che sia importante avere anche dei modelli, degli strumenti, delle figure di riferimento per le politiche sanitarie di prossimità. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Onorevole Menga, ha un minuto a disposizione.

ROSA MENGA (*intervento da remoto*). Grazie, presidente. Saluto il Ministro e tutti i colleghi. Sarò telegrafica. Innanzitutto mi preme chiedere al Ministro se — alla luce del cambio di Governo e dei nuovi indirizzi che, eventualmente, il Governo appena insediato vorrà dare al PNRR — sono previste modifiche alla missione salute per come la stiamo discutendo e valutando in Parlamento. Qualora la risposta fosse sì, mi preme segnalare una mancanza — oltre quella già segnalata dai miei colleghi, a cui mi associo che è la mancanza di un riferimento esplicito alla salute mentale — relativa al tema della salute e del benessere animale.

Anche la declinazione del concetto di *One Health* è, in realtà, impropria; se ci rifacciamo al concetto espresso dall'OMS ritroviamo un riferimento puntuale, oltre che alla salute umana e all'ambiente anche alla salute animale, che però non vedo declinato nel PNRR. Questo concetto si riallaccia, per quanto di competenza del suo Dicastero, Ministro, alla necessità di investimenti, che ora non sono previsti, sul piano della ricerca biomedica per individuare alternative alla sperimentazione animale.

Da ultimo un discorso che sicuramente si riallaccia al PNRR, ma che esula anche da quest'ultimo. Nella risoluzione approvata in Parlamento nel luglio dell'anno scorso abbiamo chiesto un impegno al Governo per potenziare il raccordo con le regioni. È necessario — in questa occasione straordinaria, rappresentata dagli investimenti pluriennali, che finanzieremo grazie al PNRR, di riorganizzazione del sistema di assistenza sanitario, soprattutto territoriale — che ci sia un maggiore raccordo tra Stato e regioni. Le chiedo in tal senso se non ritenga di dovere perseguire una modifica al Titolo V della Costituzione o comunque se nell'ottica di una migliore *governance* sanitaria, non ritenga di intervenire su quella che al momento è una lacuna nella raccolta nei dati sanitari di provenienza dalle regioni. Faccio riferimento per esempio...

PRESIDENTE. Onorevole, deve chiudere, per favore.

ROSA MENGA (*intervento da remoto*). Sì, termino, davvero gli ultimi secondi. Faccio riferimento a esempio ai mancati *feedback* sullo stato di attuazione, per esempio delle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale), su tutto il territorio nazionale; è necessario che questi dati per potere perseguire una più corretta programmazione giungano puntualmente al ministero dalle regioni. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Senatrice Stabile, ha un minuto e 15 secondi a disposizione.

LAURA STABILE. Grazie, presidente. Grazie, Ministro. Intervengo su un tema specifico, che però è attuale e desta qualche preoccupazione. Nelle ultime settimane la Guardia di finanza ha sequestrato delle mascherine FFP2 e FFP3 negli ospedali e nelle strutture sanitarie, mascherine che verosimilmente erano state acquisite attraverso la struttura commissariale centralizzata.

Dai *media* abbiamo appreso che questi dispositivi sottoposti a test di laboratorio avevano dimostrato un'efficacia filtrante e

quindi protettiva inferiore, sembrerebbe, anche di dieci volte rispetto agli standard di riferimento previsti per quello specifico prodotto.

Questo è successo diffusamente nelle aziende sanitarie pubbliche, quindi nel sistema pubblico della mia regione, il Friuli Venezia Giulia.

È evidente ed è comprensibile la preoccupazione per gli operatori sanitari che hanno scoperto di avere, almeno in parte, utilizzato sinora dei presidi dai quali si sentivano protetti e in realtà non lo erano adeguatamente.

Chiedo al Ministro qualche informazione su questa vicenda, perché la gran parte noi l'ha appresa dai *media*, ma soprattutto chiedo una rassicurazione per tutti e per gli operatori sanitari. Una rassicurazione sul fatto che episodi del genere non possano in futuro più ripetersi, dato che per fortuna non ci troviamo più impreparati nella situazione iniziale dell'emergenza e una rassicurazione sul fatto che i presidi rimasti attualmente in uso nelle strutture sanitarie pubbliche siano effettivamente adeguati. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Si concludono così gli interventi dei colleghi.

Do la parola al Ministro Speranza per la replica. Prego, Ministro.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Ringrazio tutti i deputati e senatori che sono intervenuti e proverò, anche se velocemente, a toccare ognuno dei punti che è stato posto all'attenzione di questa discussione.

In premessa voglio richiamare il senso di fondo di questa discussione, che mi pare io avessi provato a fare emergere e da ultimo è stato richiamato anche dal senatore Richetti. Noi abbiamo una fase che è oggettivamente straordinaria, in cui però dobbiamo provare a fare due cose, cioè non accontentarci di gestire l'emergenza, che pure è la priorità assoluta, perché l'uscita dall'emergenza è la prima mattonella su cui ricostruire ogni aspetto della vita sociale, economica, culturale del nostro Paese, ma « utilizzare » — lo dico pensando

anche alle ultime affermazioni di Papa Francesco: « Peggio di questa crisi c'è solo il rischio di sprecarla » — un passaggio storico di rinnovata centralità dell'importanza del Servizio sanitario nazionale nella vita delle persone per provare a costruire un progetto di riforma e di rilancio.

Questo è il momento per farlo, perché oggi c'è una consapevolezza diffusa a 360 gradi, dovuta anche alla drammaticità di questa esperienza, che ognuno di noi ha toccato sulla propria pelle, sulla necessità di chiudere definitivamente la stagione dei tagli che purtroppo ha lungamente attraversato la storia di questo Paese e aprire nuova grande stagione di investimenti. Io penso che non bastino le risorse: le risorse sono la premessa, senza risorse non si fanno riforme. Oltre alle risorse serve un impianto di riforma capace di capire, sulla base della esperienza di questi anni, che cosa ha funzionato, che cosa non ha funzionato e come metterci mano. Questa è la sfida.

Io penso che se riuscissimo da qui alla fine della legislatura — come mi auguro — a governare chiaramente l'epidemia, che è l'attualità dell'oggi, ma anche nello stesso tempo a progettare questa visione di rinnovamento del Servizio sanitario nazionale, faremo qualcosa di molto utile che lascerebbe il segno nella storia di questo Paese.

È chiaro che il *Recovery* — poi ci tornerò rispondendo ad alcuni interventi — è un pezzo di questo disegno. Dal *Recovery* arrivano alcune risorse che ci possono consentire di realizzare questo disegno, ma non tutte. È evidente che noi avremo bisogno di continuare a investire con il bilancio tradizionale dello Stato, dovremo continuare a investire anche in altri ambiti operativi. Però l'opportunità di avere uno strumento finanziario immediato come è il *Recovery* va sicuramente nella direzione giusta.

Io ho seguito con molta attenzione tutti gli interventi e proverò a dare risposte uno per uno, mi scuserete se non sono risposte particolarmente approfondite, ma ho un importante incontro alle 11. Sarà in Italia la direttrice generale dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità Animale, tema di cui abbiamo discusso anche oggi.

L'onorevole Bagnasco, che è intervenuto per primo, ha posto il tema di una protezione per il personale sanitario che è al lavoro in queste ore sulle vaccinazioni, anche a seguito di alcune vicende che sono avvenute nelle ultime giornate. È un tema che, come sapete, è oggetto di un dibattito pubblico, ci sono stati interventi del presidente dell'ordine dei medici, dei sindacati delle professioni, che operano in questo settore. Io voglio riconfermare, l'ho già fatto nella giornata di ieri, che c'è la massima attenzione da parte del Governo, c'è una interlocuzione al nostro interno in corso e la mia opinione è che noi dobbiamo assumere questo tema e costruire, nel più breve tempo possibile, una risposta con un intervento anche di natura normativa.

Su questo, come voi sapete benissimo, il Parlamento ha già lungamente lavorato, si è confrontato. Era stato fatto un lavoro anche molto più ampio, in modo particolare nel mese di aprile, la mia opinione è che si può riprendere quel lavoro e provare a dare una risposta all'altezza. Questo tema è stato toccato anche da molti altri deputati e senatori; il senatore Zaffini aveva posto lui stesso questo tema e credo di avere risposto sulla copertura dei vaccinatori.

Sulle quantità dei vaccini in arrivo noi abbiamo approvato un piano in Conferenza Stato-regioni nella giornata di giovedì. La tabella è la stessa poi presentata dal Commissario straordinario all'emergenza Figliuolo, che ringrazio anche per il lavoro importante che sta svolgendo già in queste prime giornate di intervento. Noi abbiamo diviso per trimestri gli arrivi, Q1, Q2, Q3 e Q4. Confermo quello che è scritto nella tabella e che ho detto prima.

In Q2 ci aspettiamo almeno 50 milioni di dosi in arrivo, di questi 50 milioni si consideri che 7,3 sono di Johnson & Johnson, quindi hanno un maggiore « valore », perché basta una dose per raggiungere la piena immunità. In Q3 le dosi sono oltre 80 milioni. Chiaramente questi sono i numeri che derivano dai contratti che sono stati sottoscritti, noi facciamo un *pressing* quotidiano sulle aziende e sulla Commissione

europea che ha costruito questi contratti, perché questi vengano pienamente rispettati.

Sui tamponi è stato fatto un lavoro molto significativo, senatore, nelle ultime settimane. Noi siamo arrivati a numeri che sono piuttosto alti. La mia opinione è che si può ancora crescere in maniera significativa. Voglio ricordare che un anno fa eravamo a poche decine di migliaia, addirittura a poche migliaia, in estate abbiamo superato 100-200.000, ora siamo arrivati a un massimo di quasi 400.000 tamponi tra antigenici e molecolari al giorno. Questo significa, per dare un numero, che tra lo 0,6 e lo 0,7 per cento della nostra popolazione quotidianamente è testato. Si deve e si può ancora crescere, per quanto mi riguarda faccio ogni giorno tutto il possibile, perché la capacità di *testing* è uno degli elementi decisivi. Bisogna, però, con onestà vedere che c'è un *trend* che va nella direzione di una crescita molto significativa.

Lei ha toccato la questione del G20 che io considero molto importante. Sin da ora do la mia disponibilità anche a un confronto più specifico sulla materia del G20. Tra l'altro, non è l'unico appuntamento internazionale perché, come è noto, quest'anno l'Italia avrà anche la grandissima opportunità di potere ospitare il *Global Health Forum*. Questo è stato deciso dalla presidente Von Der Leyen e io penso che sia una grande opportunità per l'Italia. Stiamo lavorando all'impostazione di questo G20, la ministeriale è prevista per il mese di settembre e quindi c'è ancora un tempo congruo per poterci lavorare. Da parte mia massima disponibilità.

Non è questa la sede, per ragioni di orario, per entrare nel dettaglio, ma vi dico solo che, naturalmente, un G20 salute che arriva durante una fase pandemica non potrà, evidentemente, non avere come tema fondamentale quello, diciamo così, della *preparedness*, nel senso che sarebbe in qualche modo strano discutere d'altro in un momento in cui a livello globale questo è il grande tema decisivo. Non deve significare, dal mio punto di vista, eludere o escludere tutta un'altra serie di temi che vogliamo

tenere in campo, ma è evidente che il G20 non può che essere segnato dalla grande emergenza di questo tempo che è il COVID.

Sul protocollo per le cure domiciliari. Le ho mandato, per le vie brevi, il documento approvato il 30 di novembre scorso — tre mesi e mezzo fa ed è un documento importante — a cui ha lavorato il Consiglio superiore di sanità, presieduto dal professore Locatelli e una circolare sottoscritta dal dottore Rezza e dal dottor Urbani; è chiaro che i protocolli devono sempre essere adeguati, ma in questo caso, lo dico con assoluta serenità e rispetto, non risponde al vero l'affermazione che non esiste un protocollo nel nostro Paese. Esiste, come tutti i protocolli può essere sempre aggiornato, deve riscontrare una nuova evidenza che può emergere, ma è un documento molto importante che noi offriamo all'attenzione di tutti coloro che lavorano sul territorio.

Il terzo intervento è stato svolto dall'onorevole Noja, che ringrazio anche per la sensibilità che ha voluto portare nella discussione parlamentare e per avere spinto, come tanti altri, perché fosse più chiara questa impostazione rispetto alla vaccinazione dando priorità agli elementi di particolare fragilità. Tema, tra l'altro, toccato anche da molti altri parlamentari, senatori e deputati. Io penso che una volta approvato quel testo in Conferenza Stato-regioni dobbiamo lavorare perché ogni regione lo rispetti pienamente.

Il testo è stato approvato nella giornata di giovedì, abbiamo bisogno di fare un lavoro insieme, ma è un testo approvato all'unanimità in Conferenza Stato-regioni e quindi non ci sono differenze. Ora, come sempre avviene in queste occasioni, abbiamo bisogno che dall'accordo, dall'intesa, si arrivi ad un'operatività piena.

Nel piano strategico vaccinale è stato indicato anche il tema di un coinvolgimento dei medici competenti; noi saremo disponibili — nella fase in cui avremo più dosi a nostra disposizione — a lavorare anche con le imprese del nostro Paese. Sono già arrivate importanti disponibilità, è stato fatto un tavolo, convocato dal Ministro del lavoro Orlando a cui io ho par-

tecipato. C'è un'interlocuzione in corso con tutte le forze sindacali e con tutte le forze datoriali, perché noi riteniamo che con il rispetto pieno dei protocolli sanitari ci possono essere condizioni anche per utilizzare quegli spazi e la funzione dei medici competenti per accelerare il percorso di vaccinazione. Chiaramente stiamo sempre parlando della fase in cui avremo molte più dosi a nostra disposizione.

Il quarto intervento è stato svolto dalla senatrice Cantù, che ha toccato molti punti. Io sono molto convinto, senatrice, della necessità di investire sulle reti e sul modello predittivo, penso che sia davvero la sanità del futuro. Ho provato a dirlo nella mia relazione, la quantità di dati, di *big data* di cui dispone il Servizio sanitario nazionale è incredibile. Ogni giorno qualsiasi cittadino, in qualche modo con quello che fa offre dati che possono alimentare un sistema di monitoraggio che ci consente anche di avere un elemento predittivo rispetto alle tendenze, rispetto alle indicazioni epidemiologiche che si sviluppano nel nostro Paese.

Io credo che su questo dovremo lavorare con grande convinzione, ed è una delle chiavi per la costruzione del Servizio sanitario nazionale del futuro. Così come dobbiamo investire il più possibile nell'ammmodernamento tecnologico. Nel *Recovery* c'è un pezzo, come è noto, una parte di ammodernamento tecnologico si può fare anche con il famoso articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Con la valutazione degli esiti penso che si tocchi un altro tema decisivo. Come è noto, oggi questo avviene attraverso il programma nazionale esiti gestito da AGE-NAS. Io ho avuto la possibilità di presentare l'ultimo programma insieme al direttore Mantoan poche settimane fa. Il direttore Mantoan sarà sicuramente a disposizione per un eventuale interlocuzione specifica con le Commissioni competenti su questa materia. Credo che anche su questo dobbiamo fare di più, ci sono modelli di altri Paesi dove questo ambito di verifica degli esiti è più evoluto del nostro, penso che sia interessante seguirli con la massima attenzione.

Quanto alla proposta normativa a cui lei, senatrice, faceva riferimento io do la massima disponibilità a seguirla per quello che è possibile. Non è una fase particolarmente semplice per chi fa il Ministro della salute. Ci sono due sottosegretari - il sottosegretario Sileri, che credo sia collegato e che saluto, e il sottosegretario Costa - che sono a disposizione e credo che insieme possiamo trovare la modalità più adeguata.

A seguire è intervenuta l'onorevole D'Arrando del Movimento Cinque Stelle, che ha toccato vari punti che io ritengo particolarmente delicati.

Il primo: l'assistenza territoriale. Come avete visto per me questo è il primo asse. Io la dico fino in fondo per come la penso: la vera lezione del COVID-19 è che dobbiamo rimettere mano in maniera fortissima, investire più che possiamo sull'assistenza territoriale. È apparso il punto di maggiore debolezza del nostro Servizio sanitario nazionale.

Proprio per questa ragione ho indicato questo come primo asse e anche come primo grande intervento di riforma con le risorse del *Recovery*.

Tra Casa della comunità e Casa della salute per me c'è una differenza che non è solo di natura terminologica, ma è sostanziale. In cosa sta alla fine la differenza? Vorrei che questo punto fosse chiaro, poi potremo anche approfondirlo ulteriormente. Nella Casa della comunità c'è una funzione più larga, che è non solo limitata alle funzioni di natura sanitaria, ma include anche quelle dell'assistenza sociale. Io penso che questo sia un punto decisivo. C'è il lavoro che ho indicato dei consultori, cioè è un ambito più largo, perché la presa in carico sul territorio di un cittadino difficilmente può essere solo sanitaria e ha bisogno di un allargamento di ambito. Quindi da Casa della salute a Casa della comunità non c'è, per me, solo una modifica di natura terminologica, ma è una modifica di natura sostanziale dove l'assistenza sociale si affianca all'assistenza sanitaria, la completa, la implementa, la rende più forte e credo che tocchi anche ambiti di ulteriori interventi che tanti di voi questa mattina avete fatto.

Sono molto d'accordo sul tema del lavorare per un'omogeneità sul territorio e sono molto d'accordo anche sulla questione della centralità della casa come primo luogo di cura, su cui ho provato ancora ad insistere.

Per quanto riguarda la senatrice Boldrini, anche lei ha sollecitato un'attenzione sulla protezione di medici e infermieri, credo di avere su questo punto già risposto.

Condivido molto l'attenzione rivolta al tema della psicologia e dello psicologo per le cure primarie. Mi piacerebbe un'idea di Casa della comunità in cui rientra anche quest'aspetto; questa, per esempio, è una differenza non banale rispetto all'impianto precedente.

Condivido, inoltre, la necessità di una relazione più strutturata, di un maggiore rapporto tra le istituzioni sanitarie e le istituzioni di verifica e di monitoraggio ambientale. Io ho detto qualcosa, c'è un punto del *Recovery* che è concentrato su questo, e anche il tema della partecipazione dei cittadini mi pare vada esattamente nella direzione giusta. Così come le sollecitazioni sul terreno della digitalizzazione sono assolutamente per noi prioritarie.

Quanto all'intervento dell'onorevole Bologna, condivido molto il tema della logica di *team*; credo che noi dobbiamo rafforzare il *team* di multidisciplinarietà e anche le Case di comunità, per come sono pensate, sono naturalmente il luogo della multidisciplinarietà. Condivido anche la necessità di concentrare l'attenzione su altri malati rispetto al COVID e sulle malattie rare.

L'onorevole Sapia ha toccato il tema del decreto ministeriale n. 70 del 2015. La riforma del decreto ministeriale n. 70 - che io ho chiamato revisione, il tagliando del decreto ministeriale n. 70 - che pure ha pesato molto nella riorganizzazione ospedaliera del nostro Paese con il modello *Hub and Spoke*, non è solo un mio intendimento di oggi, c'è un lavoro che è stato fatto nell'ultimo Patto per la salute, c'è una Commissione Ministero-regioni che proprio su questo sta iniziando a lavorare. Il tema è di grande delicatezza, penso che sia anche giusto aprire una discussione sulla

ripartizione delle risorse del Fondo sanitario nazionale. Credo che individuare un elemento connesso ad un indice di deprivazione delle regioni abbia senso, oltre all'indice di proporzionalità demografica e da parte mia c'è la massima attenzione verso tutti i territori, in modo particolare i territori con maggiori problematicità, come è sicuramente la Calabria.

La senatrice Binetti e la senatrice Rizzotti hanno posto l'attenzione su alcuni temi, che poi sono stati toccati anche da altri. Ritengo che le cure palliative siano un orizzonte strategico su cui investire, che — mi consenta di dire, senatrice — segnala anche il tasso di civiltà di un Paese. Sono molto determinato, molto convinto, che anche questo sia un punto su cui è necessario intervenire. Tra l'altro il livello di diffusione delle cure palliative sui territori è molto diverso e questa diversità produce un elemento di disuguaglianza vera, perché in alcuni momenti della propria esistenza avere un sistema di cure palliative all'altezza fa veramente la differenza nella qualità della vita della persona e della famiglia che assiste questa persona. Ritengo che questo sia un punto strategico su cui dobbiamo intervenire, così come pure sulle questioni connesse all'autismo, anche in vista della Giornata nazionale della consapevolezza.

La senatrice Rizzotti ha posto anche il tema di AGENAS. C'è la massima attenzione da parte del Ministero, dovremo confrontarci ancora con altri livelli istituzionali e di Governo competenti.

Quanto all'intervento dell'onorevole Bellicci, lo metto in connessione con l'idea di assistenza territoriale che prima provavo ad esprimere. Io penso che la salute mentale sia un punto decisivo, un grandissimo tema di cui dobbiamo occuparci che riguarda un numero crescente di persone a livello nazionale, ma anche a livello europeo o internazionale. Io penso che nel tema territorio ci sia anche l'attenzione ai fragili. Se fosse necessario esplicitarlo ancora in maniera più netta e chiara — era sicuramente nelle mie intenzioni — possiamo provare a lavorarci per approfondirlo, ma

credo che il tema sia assolutamente decisivo.

Quanto all'intervento della senatrice Castellone, che pure ringrazio per il suo contributo, credo che il tema del 118 si ponga; dobbiamo immaginarlo sempre più all'interno di questa rete di protezione. So che è stato svolto anche un lavoro parlamentare, che può essere valorizzato.

Credo che ci sia un tema enorme che riguarda i medici di medicina generale e anche la capacità di digitalizzazione che noi dobbiamo mettere in campo e il suo rapporto con quel lavoro sul territorio. Così come ritengo assolutamente pertinente la necessità di investire con ancora più forza in tutti gli ambiti di ricerca, perché senza quella chiave diventerà difficile trovare soluzioni.

Anche la senatrice Castellone aveva riportato il tema della cosiddetta protezione per medici, infermieri e sanitari; credo di avere chiarito al riguardo.

Quanto all'intervento dell'onorevole Carnevali, provo a accelerare per quel che è possibile. Noi, da contratto, consideriamo la possibilità di arrivi anche per CureVac nel secondo trimestre. In questo momento non c'è una data fissata da EMA per l'autorizzazione; l'auspicio di tutti noi, dei nostri tecnici che ogni giorno lavorano anche a questa materia — c'è una *rolling review* in corso — è che entro la fine di maggio ci possa avvenire e questo consentirebbe i primi arrivi già alla fine del secondo trimestre. È chiaro che quando c'è una *rolling review* in corso bisogna sempre essere molto prudenti, usare tutti gli elementi di cautela, ma questa è l'aspettativa che in qualche modo ci viene trasferita dalle autorità europee.

Condivido molto i ragionamenti fatti in materia di liste di attesa. Noi abbiamo investito nel decreto « Agosto » mezzo miliardo che doveva servire per recuperare tutte le prestazioni diagnostiche, gli interventi, gli *screening* non fatti a causa del COVID-19. Purtroppo il COVID, come è noto, non si è fermato e noi abbiamo avuto la famosa seconda ondata in autunno e questo ha reso complicato per le regioni,

per le strutture sanitarie utilizzare queste risorse.

Ho avuto piena assicurazione dal Ministro dell'economia che queste risorse restano a disposizione per questa finalità e l'auspicio è che appena l'onda si sarà abbassata, saremo nelle condizioni di usare queste risorse per recuperare tutto quanto perduto per strada. Tanti di voi lo hanno detto, anche l'onorevole Novelli, noi abbiamo la necessità di recuperare il più possibile i ritardi dovuti al COVID su tutte le altre patologie che chiaramente non si sono fermate per via del COVID.

Quanto al personale, onorevole Carnovali, credo che sia un tema fondamentale, ne abbiamo discusso più volte. Il Paese paga, purtroppo, scelte fatte in passato, in una stagione molto più rigorista di restrizione della spesa pubblica. Noi abbiamo avuto una norma che ha fermato e ha congelato — con un tetto pari alla spesa del 2004, meno l'1,4 per cento — per 15 anni la spesa del Servizio Sanitario Nazionale relativa al personale.

Questo è il grande tema; quando ci dicono che servono più medici, servono più infermieri, noi dobbiamo avere il coraggio di fare un discorso di verità, io l'ho fatto più volte. Puoi comprare sul mercato internazionale una mascherina, puoi comprare un respiratore, non puoi comprare un anestesista, non puoi comprare un infermiere; o li hai formati con una opportuna politica sanitaria, oppure non li hai a disposizione. Questa è la verità che bisogna riconoscere.

Avere avuto per molti anni una norma che ha bloccato la spesa sanitaria, quella del 2004, meno l'1,4 per cento, ha messo una camicia di forza che ci ha creato oggettive difficoltà.

Il *Recovery* è un'occasione anche da questo punto di vista? Noi ci stiamo provando, ma c'è una differenza tra spesa per investimenti e spese che diventano correnti. Soltanto una parte di queste spese potranno andare sul personale, ma poi all'uscita dal *Recovery* dovremo recuperarle sul Fondo sanitario ordinario. Quindi questo è un altro grande tema.

L'onorevole Novelli, e mi avvio a concludere, ha toccato altri temi importanti. Rispetto al coinvolgimento degli infermieri, stiamo valutando in queste ore, con l'ordine degli infermieri, una norma che consente in via del tutto straordinaria una partecipazione eccezionale alla campagna di vaccinazione. È un lavoro che stiamo facendo proprio in questi minuti.

È stato posto dall'onorevole Novelli il tema delle malattie rare e quello dei medici di medicina generale, ma mi pare che su questi punti ho già risposto.

Quanto all'onorevole Gemmato, sui soggetti fragili credo di avere dato già prima una risposta. Sulla base anche dell'indicazione del Parlamento, del lungo dibattito, abbiamo ulteriormente esplicitato questo tema, ora si tratta di farlo vivere compiutamente nel lavoro che compiono le regioni.

Sulle farmacie stiamo valutando, anche in questo caso, l'ipotesi di una norma che renda ancora più diretta la possibilità di aprire a vaccinazioni in farmacia. È un lavoro che stiamo facendo, chiaramente anche in questo caso in raccordo con l'ordine dei farmacisti e con la rappresentanza sindacale dei farmacisti e valuteremo se già nelle prossime ore ci sono le condizioni per un'accelerazione.

Io sto pensando di fare un passo in più anche rispetto alla norma già vigente di cui discutemmo insieme in occasione della legge di bilancio, quindi con un coinvolgimento più diretto nelle operazioni delle vaccinazioni.

Condivido molto anche, come è noto, la questione della cosiddetta protezione, che anche l'onorevole Gemmato ha voluto toccare. Sul piano strategico, riconfermo che il testo è quello approvato giovedì in sede di Conferenza Stato-regioni; quello è l'ultimo aggiornamento di quel testo che tiene conto delle ultime evidenze scientifiche.

La senatrice Pirro è intervenuta e ha toccato moltissimi temi, ma provo a essere breve, altrimenti farò tardi a questa riunione. Il rapporto Stato-regioni è un tema enorme che merita la massima attenzione. La mia opinione personale è che nel nostro Paese abbiamo troppo oscillato — un po'

come un pendolo — tra posizioni che in alcuni momenti erano ultra federaliste e posizioni ultra centraliste. Io penso che anche su questo dobbiamo fermarci subito dopo la fine di questa epidemia e provare a trovare un punto di equilibrio, uscendo da questa dinamica di pendolo, per cui un giorno diciamo che è buono solo quello che si fa a Roma e il giorno dopo che è buono solo quello che sta sui territori.

Credo che dobbiamo ripristinare una corretta relazione tra Stato e territori e che ci siano le condizioni — anche alla luce di questa esperienza — di provare a farlo.

Sulle cure domiciliari sono molto d'accordo, sto lavorando anche ad aumentare le risorse nel *Recovery* per le cure domiciliari. Penso che quello sia il nodo essenziale. I numeri li conoscete, prima del decreto "Rilancio" l'Italia era al 4 per cento per le cure domiciliari sopra i 65 anni. Grazie al decreto "Rilancio" siamo andati al 6,7 per cento. I migliori esempi in Europa sono Germania e Svezia con il 9, io vorrei portare l'Italia sopra al 10 per cento se ci riusciamo; oggi la media OCSE è il 6. Questo è l'obiettivo e quindi sono totalmente d'accordo.

Sul tema ambiente-salute, condivido la proposta che mi è stata fatta anche in un'altra occasione. Penso che dobbiamo rafforzare il rapporto ambiente-salute, se questo si può fare anche con interventi sui percorsi formativi, credo che si vada nella direzione giusta.

Sulla spesa farmaceutica ho detto, noi abbiamo portato a casa un primo risultato, rispetto alle vertenze legate al famoso *Payback*, e sul registro tumori c'è il nostro massimo impegno.

L'onorevole De Filippo ha posto in modo particolare la questione delle differenze territoriali tra nord e sud, a partire dall'assistenza domiciliare, per arrivare poi ad altri temi; penso che sia una sfida su cui dobbiamo assolutamente lavorare.

L'onorevole Lapia ha posto la questione della Sardegna, in modo particolare della peste suina africana. Anche su questo c'è una interlocuzione costante con la Commissaria europea e noi chiediamo che venga rispettato il lavoro che è stato fatto e che si

possa in breve tempo ripristinare una piena agibilità per tutti gli operatori economici di un settore che riteniamo particolarmente strategico.

Anche il senatore Siclari ha posto con forza il grande tema della riforma del Titolo V. Credo di avere su questo punto risposto, credo che sia un tema vero, su cui tutte le forze politiche dovranno necessariamente ripiegarsi alla fine di questa epidemia. L'altro tema che in qualche modo si poneva è quello che ho toccato all'inizio e cioè che tutto questo si può fare se ci sono più risorse, cioè se si capisce definitivamente che va chiusa una stagione e ne va iniziata un'altra.

Ancora la senatrice Iori ha riconfermato il tema della casa come primo luogo di cura; condivido molto la necessità di mettere al centro educazione sanitaria, scuola, educazione alimentare, dipendenze. Sono tutti temi che io vorrei portare il più possibile nell'assistenza territoriale, quindi su quel primo asse, ed è evidente che dovremo discutere anche delle figure professionali. So del lavoro e del contributo che lei più volte ha dato e su questo massima disponibilità a continuare il confronto.

Molto velocemente, all'onorevole Menga dico che gli assi fondamentali del *Recovery* restano gli stessi, non c'è una modifica dell'impianto di fondo e sono anche quelli che velocemente ho provato oggi, nell'introduzione, a riportare. Voglio provare a valutare se si possono aumentare le risorse per l'assistenza domiciliare, proprio perché ritengo che questo punto sia veramente il più importante e strategico.

È evidente che il piano che io presento, su cui voglio costruire, lo ribadisco, è un piano che va oltre il *Recovery*. Il *Recovery* potrà coprire un pezzo di questo piano, poi dovremo trovare altre risorse per andare oltre, perché il *Recovery* non basterà da solo a risolvere tutti i problemi del nostro Servizio sanitario nazionale. Noi dobbiamo avere un piano per la sanità — dentro cui c'è il *Recovery*, c'è il bilancio dello Stato e ci possono essere ulteriori risorse — che ci consenta di fare un'operazioni organica, di cui il *Recovery*, però, è una parte signifi-

cativa. Poter avere oltre venti miliardi disponibili nei prossimi anni, significa avere un valore aggiunto che prima non era ipotizzabile.

Alla senatrice Stabile dico soltanto che il percorso di autorizzazione delle mascherine in Italia avviene attraverso l'Istituto superiore di sanità e attraverso l'INAIL, a seconda del tipo di mascherina. Quindi mi sento di poter dire che da questo punto di vista ci sono gli elementi per assicurare chi utilizza questi dispositivi così importanti. Chiaramente i controlli devono essere sempre molto efficaci e mi permetterete di dire che esprimo un grandissimo apprezzamento in modo particolare per il lavoro che i NAS (Nuclei antisofisticazioni e sanità) tutti i giorni fanno a servizio del nostro Paese.

Vi ringrazio per questa opportunità e permettetemi di chiudere dicendo che come Ministro, non solo per la mia cultura politica, ma credo per dovere istituzionale, il rapporto con il Parlamento sia un tema fondamentale. Credo in questo anno e mezzo di essere stato sempre molto disponibile; non so se ci sono graduatorie sulla materia,

ma credo di essere venuto ad esplicitare i contenuti dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri con una frequenza piuttosto marcata, con presenze alla Camera e al Senato. Io penso che questo sia un elemento di ricchezza che fa bene a tutti, soprattutto a me che ho questa responsabilità. Sono chiaramente a disposizione per potere, su tutti i temi, continuare ad interloquire con le Commissioni competenti in modo particolare, ma con il Parlamento nella sua complessità, perché credo che in una fase così delicata solo insieme, in un rapporto proficuo tra Parlamento e Governo, si possono ottenere i risultati che i nostri cittadini aspettano con ansia. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, Ministro. Grazie a nome delle Commissioni e della presidente Parente e mio. Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

La seduta termina alle 11.

*Licenziato per la stampa
il 22 aprile 2021*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

