

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

## RESOCONTO STENOGRAFICO

### AUDIZIONE

#### 1.

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 LUGLIO 2018

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

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Bini Caterina (PD) .....	12, 13
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i> .....	3	Boldrini Paola (PD) .....	13
<b>Audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo, sulle linee programmatiche del suo Dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):</b>		Carnevali Elena (PD) .....	23
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i> .....	3, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 24	Castellone Maria Domenica (M5S) .....	17
Binetti Paola (FI-BP) .....	15	Cattaneo Elena (AUT) .....	10
		Errani Vasco (Misto-LEU) .....	11
		Fregolent Sonia (L-SP) .....	16
		Gemmato Marcello (FDI) .....	19
		Grillo Giulia, <i>Ministra della salute</i> .....	3

**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; Liberi e Uguali: LeU; Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE; Misto-Civica Popolare-AP-PSI-Area Civica: Misto-CP-A-PS-A; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Noi con l'Italia: Misto-NcI; Misto-+Europa-Centro Democratico: Misto-+E-CD; Misto-Noi con l'Italia-USEI: Misto-NcI-USEI.**

	PAG.		PAG.
Mautone Raffaele (M5S) .....	17	Siclari Marco (FI) .....	14
Mugnai Stefano (FI) .....	20	Stabile Laura (FI) .....	16
Rizzotti Maria (FI) .....	15, 16	Volpi Leda (M5S) .....	23
Rostan Michela (LEU) .....	18	Zaffini Francesco (FDI) .....	12
Siani Paolo (PD) .....	22		

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE  
DELLA XII COMMISSIONE DELLA CA-  
MERA DEI DEPUTATI MARIALUCIA LO-  
REFICE

**La seduta comincia alle 14.10.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

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

**Audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo, sulle linee programmatiche del suo Dicastero.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, l'audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo, sulle linee programmatiche del suo dicastero, dinanzi alle Commissioni riunite XII della Camera dei deputati e 12<sup>a</sup> del Senato della Repubblica.

Ringraziando, anche a nome del presidente della Commissione igiene e sanità del Senato, il senatore Sileri, e di tutti i componenti delle Commissioni oggi riunite, la Ministra Grillo per aver corrisposto al nostro invito, le rivolgo i miei più sentiti auguri per il lavoro impegnativo che l'attende.

Ricordo che, sulla base di quanto convenuto con il presidente Sileri e comunicato, quindi, agli Uffici di presidenza delle Commissioni, all'intervento della Ministra seguirà il dibattito, con un intervento per ciascun Gruppo parlamentare della XII Commissione della Camera e per ciascun

Gruppo parlamentare della 12<sup>a</sup> Commissione del Senato, per un tempo massimo di cinque minuti ciascuno. Potranno intervenire anche più oratori per Gruppo, restando sempre nell'ambito di cinque minuti complessivi.

Faccio, inoltre, presente che, a seguito di quanto stabilito dalla Conferenza dei presidenti di Gruppo svoltasi ieri al Senato, la seduta odierna dell'Assemblea avrà inizio alle ore 15.30. Pertanto, in assenza di obiezioni, si potrebbe consentire ai senatori di svolgere per primi i loro interventi, per permettere loro di allontanarsi in tempo utile per partecipare ai lavori dell'Aula. La replica della Ministra avrà, quindi, luogo in una seduta successiva.

Do la parola alla Ministra Grillo per lo svolgimento della sua relazione.

GIULIA GRILLO, *Ministra della salute*. Grazie, presidente. Sono molto onorata di essere qui oggi per poter parlare con voi in questo nostro primo incontro.

Colleghe e colleghi, i cinque anni della passata legislatura che ho affrontato dai banchi della Commissione che si occupa di sanità, come voi oggi, mi hanno insegnato tanto, una cosa forse soprattutto: la centralità del Parlamento, del raccordo saldo, costante e trasparente che deve esserci tra esecutivo e legislativo, nei ruoli reciproci naturalmente e nel solco di quanto tracciato dalla Costituzione.

Questi aspetti, questo modo di lavorare, di scambio continuo, di ascolto e di lavoro comune, pur nelle differenti posizioni politiche, sarà la cifra della mia attività governativa, anche per evitare frettolose decisioni parlamentari, in passato non sempre dettate dall'urgenza, che hanno portato nel tempo a produrre una legislazione sanitaria a strati, costruendo una faticosa e

non raramente errata, oltre che abnorme, produzione di leggi.

La sanità non ha bisogno di norme frettolose, che magari nel passato hanno nascosto tranelli ed errori, perché di interventi chiari e trasparenti, di aggiustamenti anche non piccoli la sanità pubblica ha bisogno, avendo sempre la barra dritta verso un obiettivo: la centralità dei pazienti e i loro diritti costituzionalmente garantiti, sempre e dappertutto.

Il 2018 è in un certo senso una data simbolica. Nell'anno in cui si celebrano i primi 40 anni dell'istituzione del nostro Servizio sanitario nazionale, non potevo certo iniziare questa mia relazione sulle linee programmatiche del ministero senza ricordare i principi che sin dal 1978 stanno alle fondamenta del sistema, esempio e modello di civiltà da salvaguardare sempre e in ogni modo. Come dimenticare il Capo I della legge n. 833, che riprendendo la nostra Costituzione sottolinea come sia compito della Repubblica tutelare la salute quale fondamentale diritto dell'individuo nell'interesse della collettività, indicando, già allora, come il nostro Servizio sanitario nazionale, nell'ambito delle sue competenze, debba perseguire il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese.

Proprio quest'ultimo si sta rivelando sempre più il problema di fondo che abbiamo davanti e che dobbiamo tutti insieme affrontare con energia e coraggio. Oggi, a distanza di quattro decenni, purtroppo, non possiamo né dobbiamo nasconderci che chi si è alternato alla guida del Paese non è riuscito a tenere fede alle norme che sovrintendono al nostro sistema. Ovviamente conoscete la situazione anche meglio di me. Troppe le difformità tra una regione e l'altra e tra una parte del Paese (il Nord) e l'altra (il Sud), con il rischio, e tante volte la realtà, di avere da una parte una sanità dei poveri e dall'altra parte la sanità dei ricchi. Oltre 5 milioni — ha appena stimato l'Istat — sono gli italiani in povertà assoluta, concentrati maggiormente nelle regioni del Sud. Sono queste le fasce di popolazione che guardano con maggior speranza a un reale e concreto universalismo,

perché loro più di altri rinviando o abbandonano le cure.

La questione Sud, purtroppo, continua a restare attuale in tutta la sua gravità, con le ricadute che tutti conosciamo per la popolazione in conseguenza della gestione e dell'organizzazione dei servizi, in territori, tra l'altro, in cui la malavita e le organizzazioni mafiose si infiltrano facilmente, lucrando anche sulla salute dei cittadini.

In queste prime settimane da Ministro della salute ho constatato di persona come troppo spesso le regole che il Parlamento approva trovano di fatto una grande difficoltà nella loro realizzazione e applicazione. Gli esempi certo non mancano. Sappete che nel gennaio scorso, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sono stati definiti e aggiornati i livelli essenziali di assistenza (LEA). Da allora, però, non sono state ancora definite le tariffe del nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, su cui ovviamente stiamo lavorando. Il problema è legato, però, poco banalmente, come facemmo notare dai banchi dell'opposizione, alle coperture finanziarie.

Mentre al momento resta da definire una parte così importante per l'erogazione delle prestazioni a favore dei cittadini, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale ha già predisposto uno schema di decreto di aggiornamento la cui approvazione non comporterebbe maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale. Insomma, c'è una confusione su cui occorre fare chiarezza.

Questo che ho appena descritto non è, purtroppo, un caso isolato. Anche il famoso « Nuovo patto per la salute 2014-2016 » è scaduto già da due anni, il Piano nazionale di governo delle liste di attesa è fermo al triennio 2010-2012, e ho verificato situazioni analoghe in altri contesti. Nel caso dei vaccini, ad esempio, a distanza di un anno non è stata creata l'Anagrafe nazionale, fondamentale per un adeguato supporto alle famiglie e agli operatori del sistema.

Riguardo ai dispositivi medici per l'individuazione dei ripiani, in caso di sfora-

mento dei tetti di spesa, come ricorda anche la Corte dei conti nel suo Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica, risulta sempre meno comprensibile la mancata attuazione del decreto attuativo, per cui avremo anche questo problema da risolvere.

Sempre in tema di sforamenti, ma per quanto riguarda la farmaceutica, c'è una partita aperta che si trascina da cinque anni e che potrebbe mettere seriamente a rischio i bilanci della sanità di non poche regioni. Ovviamente mi riferisco alla situazione del *pay-back*.

Sono tutte questioni urgenti, tutti argomenti nella mia agenda, come altri che andrò elencando a partire da un altro argomento che ci sta molto a cuore, che è quello delle liste di attesa. Riguardo a quest'ultime, tema molto sentito dai cittadini, mi preme fare una considerazione.

È mia ferma intenzione proseguire il lavoro iniziato con l'invio della circolare trasmessa alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano per conoscere la situazione reale delle cose. Da una prima valutazione dei dati a disposizione, ovviamente con i dovuti distinguo, si denota mediamente un forte sottoutilizzo dei processi di informatizzazione delle prenotazioni. Tradotto, significa che ancora troppo spesso, in particolare per i ricoveri in fase di elezione, la gestione delle prestazioni avviene per via cartacea, creando i presupposti e i rischi di una forte distorsione del sistema.

Su questo aspetto l'impegno sarà massimo, perché si tratta di una delle chiavi di volta per la corretta gestione delle liste d'attesa. Nei prossimi giorni, con tutti i numeri a disposizione, avremo la possibilità di fare una valutazione approfondita e implementare soluzioni per rendere più efficiente il sistema, anche con il supporto di chi ha maturato buone pratiche in questi anni.

Io su questo aspetto sarò al fianco dei cittadini, spesso proprio quelli più deboli, e posso già anticiparvi che al ministero ci stiamo organizzando per creare un filo diretto di comunicazione con loro, affinché tutti conoscano i loro diritti. Non sono temi

che si risolvono a colpi di decreti, sono consapevole che occorre anche fare degli investimenti, ma capire come vengono utilizzate le risorse ha una fondamentale importanza.

Quanto riportato fino adesso non vuole essere quello che si potrebbe definire un *cahier de doléances*, bensì una doverosa fotografia del contesto nel quale siano tutti noi chiamati a operare, perché è necessario conoscere per deliberare, deliberare — aggiungo — per gli interessi di un buon servizio sanitario pubblico, dunque dei cittadini e della garanzia di mettere a loro disposizione un servizio sempre più efficiente e solido.

Nei primi giorni del mio insediamento ho incontrato tutti gli assessori regionali alla sanità. Ricordo che compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini, l'attuazione del Servizio sanitario nazionale. Da questo punto di vista, intendo lavorare in stretta e piena collaborazione con i rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano. Per passare dalla teoria alla pratica, stiamo già lavorando di comune accordo per individuare, se possibile, una soluzione per il *pay-back* della farmaceutica, di cui vi parlavo prima, per gli anni 2013-2015 e 2016, confronto che sta avvenendo già da un paio di settimane e che vede la collaborazione dei tecnici del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, oltre che dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

Contemporaneamente ho predisposto un tavolo per il governo della farmaceutica, altra disposizione di legge disattesa, e dei dispositivi medici. Anche in questo caso saranno protagoniste le regioni e le province autonome, insieme ai Ministeri della salute, dell'economia e delle finanze e dello sviluppo economico, oltre che alcuni esperti di chiara e comprovata capacità di livello internazionale. L'obiettivo è mettere ordine a un sistema avendo come unico interesse quello dei cittadini.

Sempre in tema di ordine, nel settembre 2014 (Documento di sintesi del 25 settembre 2014) la Conferenza delle regioni e

delle province autonome aveva confermato la necessità di riordino delle agenzie nazionali e dell'ISS (Istituto superiore di sanità). Lavoreremo anche in questa direzione per ridefinire le varie *mission*, favorendo sinergie e collaborazioni a vario livello, ma soprattutto evitando sovrapposizioni e ridondanze.

Il tema dei vaccini è uno dei punti del programma di Governo, nel quale affermiamo che, pur con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva, garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute, tutelando i bambini in età prescolare e scolare che potrebbero essere a rischio di esclusione sociale.

In questa direzione sta lavorando la maggioranza con un disegno di legge parlamentare che supererà la legge Lorenzin, nata, peraltro, come decreto-legge e approvata di fretta e furia in due mesi la scorsa legislatura. Intanto sto lavorando per la realizzazione dell'Anagrafe nazionale vaccini, il vero punto di svolta fin qui gravemente trascurato, e ho, peraltro, insediato un tavolo di esperti indipendenti a sostegno della pianificazione strategica in materia, per affrontare il fenomeno della diffidenza e del dissenso vaccinale, secondo le indicazioni internazionali a partire dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), e per aggiornare il Piano nazionale di prevenzione vaccinale. Voglio poi aggiungere, sempre in tema di vaccini, che altro pilastro decisivo sarà la comunicazione sulla necessità delle vaccinazioni e sulla comunicazione il ministero si impegnerà con tutte le sue forze.

C'è poi un altro argomento che mi sta a cuore. Con il supporto delle regioni, degli *stakeholder* del mondo della sanità e il coinvolgimento dei cittadini, a partire dal mese di settembre, costituiremo gli Stati generali per il benessere equo e sostenibile. Avrò il compito di elaborare un documento di programmazione, ma tengo a precisare che dovrà essere un provvedimento snello, che tratterà molti dei diversi punti già toccati dal precedente Patto del salute, del quale abbiamo evidentemente abbandona-

nato la dizione. C'è una differenza: conterrà un cronoprogramma per la realizzazione di quanto previsto e una puntuale rappresentazione dello stato di avanzamento dei lavori attraverso il portale del Ministero della salute. Spiegheremo agli italiani quanto sta avvenendo e in caso di errori li correggeremo spiegandone le motivazioni. Come dice il detto: « Chi fa può sbagliare, chi non fa non sbaglia mai ».

Quanto appena citato non può che collegarsi a uno dei principi cardine dell'attività di un ministero quale deve essere quello della salute: la trasparenza. Nelle linee programmatiche del Ministro Lorenzin si faceva riferimento — non so se ve lo ricordate — a un portale dedicato a ospitare, anche in lingua inglese, tutte le informazioni relative ai nostri servizi sanitari, agli ospedali e alle strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale. Sono trascorsi cinque anni invano e adesso con gli uffici competenti del ministero, con non poca difficoltà, stiamo cercando di capire a che punto è quel progetto, che comunque era un ottimo progetto, quanto finora è costato e quanto costerà.

La trasparenza, come ho già accennato, dovrà guidare la mia azione di Governo. Nel frattempo, ho già dato mandato agli uffici di mettere a disposizione di tutti i cittadini i risultati dei monitoraggi dei LEA (livelli essenziali di assistenza) 2016, oltre che i verbali dei tavoli di monitoraggio e verifica riguardo i livelli essenziali di assistenza e dei piani di rientro per le regioni a essi sottoposti. Anche la mia agenda e quella dei sottosegretari saranno disponibili *on line* e visionabili da chiunque.

In tema di trasparenza, come non ricordare uno degli aspetti più rilevanti presenti nel contratto di governo: quello della dirigenza sanitaria. Al primo punto della sezione dedicata alla sanità è previsto un intervento incisivo, perché il provvedimento che ha portato alla formazione dell'elenco nazionale degli idonei all'incarico di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale — il decreto legislativo n. 172 del 4 agosto 2016 « Attuazione della delega di cui all'articolo

11, comma 1, lettera p) della legge n. 124 del 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria » – non è stato assolutamente in grado di rispondere ai problemi di ingerenza della politica nelle scelte dei manager in sanità.

A dimostrazione di ciò, basti ricordare che in sede di lavori parlamentari venne presentata la relazione tecnica di accompagnamento al decreto. Ebbene, si stimava che i soggetti in possesso dei requisiti richiesti fossero in numero di poco superiore a 12.000 (875 previsti per gli organi di vertice degli enti pubblici del Servizio sanitario nazionale, ai quali si aggiungevano 11.150 direttori di struttura complessa). Date un'occhiata a questo bando e capirete che, di fatto, nulla o poco è cambiato rispetto alla situazione precedente (siamo sotto i 1.000 dirigenti selezionati in totale).

Risolvere in tempi brevi un problema che si trascina da tanti anni non è cosa semplice, ma con gli uffici e alcune persone tra le più competenti in materia stiamo lavorando per adottare i giusti accorgimenti.

Formazione e strumenti di valutazione omogenei e trasparenti sono in cima al nostro progetto di riforma, senza mai dimenticare che dobbiamo concedere ai giovani di talento l'opportunità di contribuire al cambiamento. Anche in questo, la trasparenza sarà la migliore garanzia delle scelte e dell'individuazione di chi è realmente meritevole.

Giovani e cambiamento saranno motivi conduttori di questo mio mandato, a partire dalla riforma della formazione medica post laurea. In proposito, dovremo individuare insieme a regioni, province autonome e Ministero dell'istruzione nuovi percorsi omogenei, equi e armonici per i nostri giovani.

Ovviamente non può esserci formazione senza personale. A tal proposito, approfitto per ringraziare tutti coloro che a vario titolo lavorano all'interno del nostro Servizio sanitario nazionale, che, come gli assistiti, stanno scontando gli effetti del blocco del *turn over*, mentre l'età media del personale stesso sale e in prospettiva rischia di sguarnire sempre più le corsie. Spesso non

vi sono le condizioni ottimali per operare con la giusta serenità. Ne sono consapevole – peraltro, anche oggi c'è stata un'altra aggressione a un medico di un ospedale del Sud – e per questo garantisco tutto il mio impegno affinché si possano individuare le migliori soluzioni.

Lo scorso 3 luglio ho insediato il Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Anche in questo caso sono perfettamente consapevole che non si risolve con un tavolo il fenomeno crescente delle aggressioni al personale sanitario negli ospedali, nei pronto soccorso e in tutte le strutture a rischio, tema che sarà presto oggetto di un disegno di legge che abbiamo già allo studio col Ministero della giustizia.

Intendo in ogni caso tenere alta la guardia e puntare i riflettori su tutte le forme vecchie e nuove di mancanza di sicurezza e di tutela della salute in ogni posto di lavoro. Tra le prime azioni da implementare c'è la necessità di dare finalmente attuazione a quanto previsto dal decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 « Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ».

Ancora in merito al personale, azioni di blocco orizzontale della spesa andavano bene quindici anni fa per arrestare gravissime dinamiche di deficit di bilancio; oggi che i conti sono pressoché in ordine in tutte le regioni, occorre implementare nuovi strumenti perché le persone e le idee sono la questione più delicata, come è stato detto, del nostro sistema sanitario.

Con lo stesso sguardo rivolto verso il futuro, dobbiamo pensare all'attuazione su tutto il territorio nazionale sia del decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, che definisce gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, sia del Piano nazionale della cronicità. Rispetto al primo, occorre far lavorare, in parallelo all'azione di riforma delle regioni, il Programma nazionale esiti (PNE). Qualità, volumi ed esiti delle cure devono essere garantiti e resi omogenei su tutto il

territorio nazionale. Una regola, però, dobbiamo darcela: la parola « efficienza » non deve nascondere chiusure di presidi, come è avvenuto praticamente in tutta Italia, senza aver attivato i necessari servizi di presa in carico sul territorio. Si fa esattamente al contrario.

Naturalmente occorre avere un orizzonte temporale che vada ben al di là della quotidianità per effettuare tutti gli investimenti infrastrutturali necessari. Forse non tutti sanno che il fabbisogno finanziario nazionale relativo a interventi di edilizia sanitaria ammonta a oltre 32 miliardi di euro, di cui oltre 12 nelle sole zone sismiche I-II. Occorre, dunque, fare una riflessione circa l'esigenza di impostare programmi di investimento di medio-lungo periodo, condividendo con molti dei miei colleghi ministri strategie e modalità di reperimento delle risorse, anche in una cornice internazionale. Ad esempio, alcune iniziative di investimento e riqualificazione energetica si possono immaginare ampliando quanto già oggi previsto attraverso i piani triennali di investimento immobiliare dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

Sono scelte difficili, ma abbiamo davanti a noi anche una grande opportunità per attuare il rinnovo del patrimonio edilizio e tecnologico in ambito sanitario, soprattutto in regioni che più di altre soffrono l'assenza di risorse, in cui il tessuto socio-economico non è in grado da solo di garantire uno sviluppo autonomo del sistema.

Per questo, è essenziale riaprire i rubinetti degli investimenti, chiusi ormai da troppo tempo. Ne va della qualità delle cure e della serenità di chi lavora negli ospedali e nelle varie strutture sanitarie del nostro sistema. Insomma, ne va della nostra salute.

Riguardo il Piano nazionale delle cronicità, non è mai abbastanza, tanto meno superfluo, sottolinearne l'importanza. In Italia sono quasi 24 milioni le persone che hanno una o più malattie croniche e sapere che non sono molte, anzi decisamente poche, le regioni che lo hanno recepito for-

malmente non suona certo come qualcosa di positivo.

In proposito, dalle associazioni dei cittadini sono arrivate richieste affinché nel nuovo sistema nazionale di garanzia dei LEA venga introdotto il monitoraggio rispetto anche al recepimento e all'attuazione del Piano delle cronicità. Mi sembra un aspetto ampiamente condivisibile, esattamente com'è da condividere l'idea di elaborare un regolamento per individuare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi anche all'assistenza territoriale, perché altrimenti rimaniamo sbilanciati. Abbiamo lavorato sull'assistenza ospedaliera, ma ci siamo dimenticati di quella territoriale.

È un lavoro certamente complesso, ma necessario per realizzare in modo appropriato tutti gli investimenti utili a una corretta presa in carico dei pazienti al di fuori degli ospedali, in una logica di continuità assistenziale. Da questo punto di vista, può essere certamente utile sia l'apporto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), sia la realizzazione di un nuovo Piano nazionale della prevenzione, considerata l'imminente scadenza dell'attuale.

In tema di prevenzione troveranno la giusta attenzione, fra le altre, azioni mirate al contenimento del fenomeno del *binge drinking*, cioè l'assunzione di più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve, fenomeno purtroppo sempre più diffuso tra i nostri giovani e giovanissimi. A tal proposito il ministero sarà protagonista di campagne di comunicazione per promuovere corretti stili di vita, oltre che per supportare famiglie e bambini/adolescenti a nutrirsi in modo sano ed equilibrato.

Sempre in ambito di prevenzione si dovrà lavorare a una revisione e aggiornamento della normativa per la valutazione dell'impatto sanitario (VIS) nelle procedure di autorizzazione ambientali.

Come avrete sicuramente notato, la parola « programmazione » ricorre più volte in questo mio intervento e non potrebbe essere altrimenti. Si tratta di un elemento troppo spesso non preso in adeguata con-



siderazione, ma che sarà perno dell'attività di questo Governo. Per questo motivo ho deciso attualmente di far proseguire l'iter di approvazione del riparto del Fabbisogno sanitario nazionale per l'anno 2018, perché altrimenti ovviamente avremmo bloccato la programmazione, ma in futuro dovremo lavorare per rendere il riparto più aderente alle necessità del Paese. In proposito sarà attivata un'analisi sulla possibilità di revisione dei criteri di riparto, alla luce della variabilità a livello regionale, pur sempre ovviamente in un'ottica di sostenibilità del sistema. Per far questo occorre anche il supporto dei cittadini, che devono essere partecipi e informati del cambiamento. Io e il mio Ministero lavoreremo certamente in questa direzione.

Quanto detto finora rende necessario anche invertire la tendenza che, come ha appena sottolineato la Corte dei conti, ha visto negli anni tra il 2009 e il 2016 la riduzione delle risorse destinate alla sanità di circa tre decimi di punto all'anno, al contrario di altri Paesi europei - mi riferisco a Francia e Germania - che hanno, viceversa, ampliato i loro investimenti in sanità. Anche nel nostro Paese sarà necessario tornare a effettuare investimenti in questo senso, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza, attraverso il rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato. Ci vorrà ovviamente del tempo, nessuno ha la bacchetta magica, ma l'intento dell'esecutivo è tracciato.

Naturalmente il recupero delle risorse avverrà anche attraverso un'efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze che ancora ci sono in larga parte. Spazio, dunque, alla centralizzazione degli acquisti e all'allargamento della collaborazione tra i soggetti aggregatori e CONSIP (Centrale acquisti della pubblica amministrazione italiana).

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 dicembre 2015, quello che identifica le categorie di beni e servizi da acquistare in modo centralizzato, dovrebbe rinnovarsi entro il 31 dicembre di ogni anno. Siamo nel luglio 2018, ma nuovi decreti del Presidente del Consiglio dei ministri in questi tre anni non se ne sono visti.

Mi impegnerò per una corretta programmazione anche in questa direzione, ottimista del fatto che in tempi brevi è possibile mettere in evidenza le buone pratiche che sono già presenti sul nostro territorio.

Naturalmente non tutto è risolvibile in tempi brevi. Ad esempio, le dinamiche dei prezzi seguono anche logiche legate ai tempi di pagamento. Anche in questo caso, in Italia si viaggia a diverse velocità. Per questo occorre dare certezze alle imprese, soprattutto quelle buone e sane, in tutti i settori, che sono parte integrante, in quanto produttori di beni sanitari, del Servizio sanitario nazionale.

I progressi della medicina e delle cure sono il frutto della ricerca, del ruolo portante che svolgono imprese e istituzioni. Quanto alle imprese di qualsiasi settore, che esportano sempre di più, che creano occupazione, a volte investono in Italia, è indubbio che per il Paese tutto ciò rappresenta un valore. Per stare al punto cruciale della ricerca, non possiamo sottacere quanto mai abbastanza, forse addirittura troppo poco, è stato investito e realizzato nel corretto rapporto tra istituzioni pubbliche e aziende private, nella ricerca indipendente, nel ruolo delle università e degli istituti pubblici di ricerca, nella necessità di investire senza indugi anche nel capitale umano, nei giovani, ancora una volta di investire nelle migliori capacità, sempre seguendo il filo rosso della trasparenza.

Fino ad ora ho detto poco rispetto ai riflessi che innovazione e ricerca possono portare al Servizio sanitario nazionale. Il Patto per la sanità digitale era previsto nell'articolo dedicato alla sanità digitale e al piano di evoluzione dei flussi informativi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Patto per la salute 2014-2016.

Un primo risultato in questo ambito è rappresentato dal decreto di prossima emanazione rispetto all'Anagrafe nazionale vaccini, di cui vi ho già detto, ma è necessario dare piena attuazione all'informatizzazione del Servizio sanitario nazionale a partire dal fascicolo sanitario elettronico. Anche in questo caso, come già segnalato, il ministero lavorerà per la predisposizione dei decreti attuativi per la definizione di

contenuti, formati e standard di documenti sanitari e servizi, al fine di favorire la coerente alimentazione dei sistemi di fascicolo sanitario elettronico realizzati dalle regioni.

Spazio anche alle attività finalizzate alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, che consentirà di intercettare il percorso seguito dal paziente a fronte di un bisogno sanitario, attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali su tutto il territorio. Non ultimo l'estensione del sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali a uso umano, anche ai sensi del decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004, nel settore veterinario.

Insomma, il lavoro non mi mancherà e non mancherà l'attenzione nei confronti di tutte le questioni elencate. Sono sicura che l'impegno per un Servizio sanitario nazionale di qualità a garanzia dei cittadini sarà la bussola per tutti noi. Grazie.

**PRESIDENTE.** Grazie, Ministra Grillo. Dichiaro aperto il dibattito, con le modalità che abbiamo concordato in seduta. Vi chiedo solo due accortezze: di parlare al microfono, perché siamo in diretta, e poi di mantenerci, per favore, nei tempi previsti.

Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

**ELENA CATTANEO.** Buongiorno, Ministra, e grazie della sua relazione. Io nei cinque minuti vorrei soffermarmi sul tema dell'obbligo vaccinale, su cui il Governo, come ho compreso adesso ulteriormente, intende intervenire con una riforma legislativa.

Il mio punto è questo: credo che abbiamo tutti l'impressione, anche dai dati di quest'ultima settimana, che la legge licenziata dal Parlamento nella passata legislatura stia dando i suoi frutti. Mi sembra che gli indicatori mostrino che c'è un'importante riorganizzazione culturale, sanitaria e strutturale impegnativa che è in atto per mettere in sicurezza il Paese. Questi indicatori mi sembra che dicano che ci sono

regioni e ci sono vaccinazioni per le quali eravamo lontani dal raggiungimento della soglia di tutela rispetto alle quali ci sono stati degli importanti aumenti di punti percentuali. L'impressione è che questa legge stia dando i suoi frutti.

La mia domanda a lei, che è una domanda che pongo a chi ovviamente deve governare il Paese, è: perché intervenire se la misura sta funzionando? Forse la domanda potrebbe essere: la misura sta funzionando o no? Possiamo avere una risposta univoca? Questa misura, questa legge, sta funzionando? Gli indicatori dicono di sì. Se la legge sta funzionando, mi permetto di suggerire che forse un legislatore attento, quale sicuramente lei è, alla salute dei cittadini, dovrebbe attendere che questa legge completi i suoi anni di operatività prefissi, che sono tre, quindi valutare i dati epidemiologici e poi proporre modifiche.

Invece, ho letto che si vuole intervenire per lasciare alle regioni la possibilità di autodeterminazione sul tema vaccini. Ho letto che si parla di obbligo flessibile, ancorato al raggiungimento delle soglie regione per regione. Perché non considerare che già il decreto Lorenzin contempla la possibilità di modulare l'obbligo al raggiungimento degli obiettivi, quindi sospendendo l'obbligo nel momento in cui dopo tre anni c'è una misura che le nostre strutture sanitarie potranno fare, un monitoraggio da farsi ogni tre anni. Mi sembra che l'idea della rimozione dell'obbligo sia già contemplata nella legge.

A me spaventa veramente che di fronte a una conquista universale contro patogeni che non riconoscono né confini nazionali né regioni né riconoscono — uso la frase che lei ha suggerito — il giusto bilanciamento tra salute e diritto allo studio (i patogeni riconoscono solo un organismo e lo infettano, con tutte le conseguenze del caso), che di fronte a questa conquista universale, a una legge che sta dando i suoi frutti, ci si volga verso una strategia che, ho paura, può disorientare i cittadini, esposti a un Sistema sanitario nazionale davvero straordinario — lo sappiamo tutti — ma complesso e articolato in venti repubbliche sanitarie.

Ricordo che di fronte a virus e batteri si deve avere un coordinamento e non una frammentazione. Ricordo che rifiutare i vaccini significa esporre i più deboli, i più piccoli, gli immunocompromessi. Sono 120.000 i bambini in età pre-vaccinale, sono 1.500 gli immunocompromessi. È una popolazione di dimensioni pari alla città di Bergamo, alla cittadina di Monza. Io non vorrei proprio che queste persone venissero abbandonate, quindi mi permetto di avanzare dei suggerimenti. Capisco il desiderio di intervenire sulla legge, non tanto per eliminare un obbligo, che è a scadenza per legge, ma per completare quel modello, come lei ha ricordato, rimasto incompiuto - mi sembra - per mancanza di copertura finanziaria. Mi riferisco - lei giustamente l'ha citato - al completamento dell'Anagrafe vaccinale nazionale, previsto per legge, ma anche alla necessaria estensione dell'obbligo vaccinale anche agli adulti che lavorano in situazioni a rischio di contagio in scuole, asili e strutture sanitarie.

Lo prevede, anzi lo raccomanda il Piano nazionale di prevenzione vaccinale: la vaccinazione antimorbillo per adulti incerti sul fatto di aver avuto il morbillo. Dei 5.000 casi registrati lo scorso anno di morbillo, tre quarti erano adulti e il 90 per cento riguarda persone non vaccinate, a cui aggiungiamo quel 10 per cento che non ha fatto il richiamo.

Il mio ultimo auspicio e la considerazione che pongo alla sua valutazione è un intervento che completi la legge, non per rimuovere un obbligo che sta sollevando il Paese e i cittadini da rischi che davvero noi non possiamo correre, ma per complementare una legge che sta funzionando bene.

VASCO ERRANI. Grazie, ministra. Io ho apprezzato che lei abbia richiamato i quarant'anni dalla riforma del Servizio sanitario nazionale. Credo che l'emergenza che abbiamo di fronte riguardi il rilancio, dal punto di vista prima di tutto culturale, del Servizio sanitario nazionale.

Magari lei sarà così gentile da aiutarci a fare giustizia sulle tante disinformazioni in relazione, per esempio, al finanziamento del Sistema sanitario nazionale, che, come

lei sa, è uno dei finanziamenti più bassi dei Paesi OCSE.

Mi limiterò a fare solo alcune domande, visti i tempi, e ascolterò poi le sue risposte con grande attenzione. Primo tema: nel contratto c'è scritto che bisogna dare più risorse alla sanità, ma c'è il richiamo - per l'amor di Dio, giustissimo - al recupero di tutti gli sprechi che ci sono e che sono significativi. Tuttavia, c'è un elemento di verità che bisognerebbe risolvere. Tutte le cose di cui lei ha parlato, alcune delle quali anche interessanti, richiedono una scelta radicale: il Governo aumenterà il finanziamento al sistema sanitario pubblico e riattiverà una vera politica di investimenti nel sistema sanitario, decidendo di mettere risorse e facendo in piena trasparenza la lotta a tutti gli sprechi, che è necessaria - ripeto - e indispensabile? La mia domanda è: staremo, come previsto, nel vecchio DEF - su questo non porta pena il Governo attuale - che ci porta al 6,3 per cento di PIL? Se è così, è chiaro che non daremo delle risposte vere.

Le faccio un esempio. Le liste d'attesa sono un obiettivo sacrosanto, ma affrontare le liste d'attesa vuol dire affrontare - perché la sanità è così - le politiche sul territorio, vuol dire rivedere la convenzione con i medici di medicina generale, finanziare e superare il blocco del personale - mi pare di aver inteso che lei lo ha accennato - ma ciò richiede risorse, senza le quali facciamo demagogia. Attenzione: fare demagogia sulle liste d'attesa è un boomerang micidiale per il Sistema sanitario nazionale.

Faccio presente che ormai abbiamo circa 40 miliardi di spesa dei privati nella sanità privata che fa leva anche su politiche, a mio parere, totalmente sbagliate. Pensiamo alle politiche dei ticket e al fatto che ormai una serie di prestazioni di media-bassa intensità specialistica costano meno del ticket, tant'è che ha prodotto la diffusione dei laboratori privati. Anche su questo bisognerà fare una riflessione.

Al di là di come si chiamerà, è indispensabile rivedere il Patto della salute, che non è stato applicato in quanto sostanzialmente destrutturato dai tagli che sono in-

tervenuti. Questo patto deve assolutamente riuscire a ridefinire alcuni punti cardine.

Mi piacerebbe, poi, capire cosa lei ritiene di fare in relazione al tema dei commissariamenti. Io penso che i commissariamenti richiedano la non sovrapposizione con la regione. Penso inoltre che i commissariamenti debbano avere un tavolo di monitoraggio che affronti il tema non semplicemente in chiave ragionieristica, perché noi adesso abbiamo praticamente tutte le regioni, come giustamente ha detto, in pareggio dei conti, ma abbiamo diverse regioni che non rispettano i LEA. È assurdo che da questo punto di vista il riferimento fondamentale per affrontare i piani di rientro e valutare questi ultimi non metta al primo punto i livelli essenziali di assistenza e l'esercizio degli stessi.

Inoltre, a mio avviso, bisogna ripensare – su questo, ministra, lei dovrà lavorare e far lavorare – da un certo punto di vista, la scienza. Le faccio un piccolo esempio: i punti nascita. Con la dinamica della demografia in questo Paese e con i riferimenti 1.000/500, noi fra un po' rischiamo di chiudere i punti nascita, non solo – e non è giusto, a mio parere – nelle aree chiamate « marginali », ma anche in aree importanti. Qui bisogna rivedere i criteri scientifici.

**PRESIDENTE.** Vi chiedo la cortesia di mantenervi nei tempi, perché altrimenti è difficile per tutti, per i senatori che devono rientrare e per tutti gli altri.

**FRANCESCO ZAFFINI.** Buonasera, Ministra, e buon lavoro. Un piccolo problema e un grande problema. La sanità è evidentemente piena di piccoli e di grandi problemi.

Comincio da quello grande: invecchiamento e denatalità. Giorni fa partecipavamo all'assemblea di Farindustria e ci dicevano che negli ultimi dieci anni la mortalità è calata del 25 per cento. È una gran bella notizia evidentemente per tutti noi, però è evidente che ciò nasconde un problema serio, nel senso che verosimilmente nei prossimi dieci anni ci sarà un problema di invecchiamento della popolazione. Questa cosa, peraltro, fa la coppia

con il tasso di denatalità, che è drammatico per l'Italia. Le due cose in combinazione ci consegnano una situazione sociale problematica già nei prossimi quattro-cinque anni dal punto di vista della spesa sanitaria.

Su questo vorrei capire quali sono gli intendimenti, se c'è un'azione particolare intrapresa. Non sto qui a elencare quali sono gli strumenti necessari da attivare: evidentemente una riforma del medico di famiglia, una riforma della sanità dei distretti, a cominciare da una serie di azioni sulla « rinatalità », cioè un qualcosa che, a cominciare dall'aspetto sanitario e socioassistenziale, aiuti le nostre giovani coppie a fare figli. Vorrei capire se c'è un pezzo importante nel suo programma rispetto a questo grande macroproblema, che io non esito a definire il problema dei prossimi anni di questo nostro Paese.

Il piccolo problema è relativo alla distribuzione dei farmaci. Ci vengono da più parti segnalate una serie di gravi criticità relative alla distribuzione diretta dei farmaci, afferenti alla difficoltà di spostamento, quantomeno dei cronici, molto spesso lontani dal presidio, gli orari ridotti del presidio, i costi per le ASL relativi a necessità di fare magazzino, a problemi di tutti i giorni come gli scaduti, i furti eccetera.

C'è un rapporto specifico di Cittadinanzattiva. C'è un problema più serio di disparità di accesso, di equità e di universalità del servizio. Vorrei quindi capire, ministra, se non è il caso di rivedere questo strumento distributivo, avendo, per esempio, a disposizione la rete delle farmacie, che insieme a quella dei carabinieri è quella che serve più da vicino il cittadino. Credo che anche su questo vada prestata molta attenzione. Mi fermo e risparmio quasi un minuto e mezzo.

**CATERINA BINI.** Io ho due domande. Con una circolare del 14 giugno 2018 avente a oggetto l'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa e la richiesta di elementi informativi, lei ha chiesto agli assessorati alla sanità delle regioni e delle province autonome quali siano stati, con riferimento all'annualità 2017, le modalità e i criteri individuati dai

piani aziendali per la determinazione dei volumi di attività istituzionale e dei volumi di attività libero-professionale intramuraria con riferimento alle singole unità operative, al fine di garantire, da un lato, il rispetto dei tempi massimi di attesa e, dall'altro, il principio della libera scelta del cittadino.

Mentre lei si propone, giustamente, di realizzare un controllo puntuale del corretto svolgimento della libera professione da parte dei medici, il sottosegretario alla salute Bartolazzi cerca giustificazioni per non pagare i debiti contestatigli dall'azienda sanitaria Sant'Andrea.

Come è noto, infatti, il Sottosegretario Bartolazzi dovrà rispondere ai responsabili amministrativi dell'azienda ospedaliera universitaria Sant'Andrea di Roma in merito a un debito maturato nei confronti dell'azienda pari a 101.784 euro. Questa cifra corrisponde all'importo di denaro incassato da Bartolazzi tra gli anni 2007-2017 nello svolgimento della sua attività di medico intramoenia, importo che avrebbe dovuto essere trasferito all'azienda ospedaliera.

Come lei ben sa, i medici che svolgono la loro attività intramoenia devono dare il denaro ricevuto come corrispettivo delle prestazioni libero-professionali intramurarie all'azienda sanitaria, che, dopo aver trattenuto quanto stabilito come necessario per il pagamento dell'IRAP, versa il rimanente, pari a circa all'80 per cento del totale, nella busta paga del medico.

Secondo l'azienda sanitaria in questione, che in questi mesi ha controllato l'attività privata di tutti i medici, Bartolazzi è tra i primi dieci posti in un elenco di 130 medici debitori nei confronti del Sant'Andrea.

Su questa imbarazzante vicenda, che lede il prestigio e l'integrità del ministero che lei presiede, il Gruppo del Partito democratico ha presentato un'interrogazione, a prima firma del senatore Faraone, in cui le chiede quali siano le sue valutazioni in merito e quali iniziative urgenti intenda adottare al fine di far chiarezza su tale episodio.

Lei, infatti, si renderà ben conto che questa vicenda è cruciale per la sua credibilità in qualità di ministro, perché rischia di minare la coerenza della sua azione di governo. Come può lei sostenere nella sua qualità di ministro che lavorerà per garantire la trasparenza — ce lo ha detto anche oggi, dicendo che renderà pubblica la sua agenda e quant'altro, però evidentemente ci interessa più questo aspetto — e l'efficienza del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria, quando un sottosegretario del suo ministero è coinvolto in una vicenda davvero poco edificante?

Vengo alla seconda domanda. La settimana scorsa...

**PRESIDENTE.** È fuori tempo, quindi le chiedo se riesce a sintetizzarla, altrimenti devo passare la parola all'altro rappresentante del Partito democratico.

**CATERINA BINI.** Cerco di chiudere rapidamente. La settimana scorsa qui alla Camera dei deputati, in sede di risposta in Commissione all'interrogazione dei colleghi Cecconi e Bellucci, il sottosegretario Fuggatti ha riconosciuto l'obiettivo complessità del fenomeno dell'uso terapeutico della *cannabis* e, di fatto, l'incompetenza del ministero della salute rispetto alle misure da adottare.

In sostanza — sintetizzo — si è detto che si chiede un parere al Consiglio superiore di sanità, si è detto che si sta cercando di accertare bene quali sono le complessità e anche le ricadute delle cosiddette « *cannabis* leggere » legali. Non è chiara — e su questo vorremmo che finalmente ci fosse una risposta certa rispetto alle risposte ondivaghe che si sono avute finora — qual è la posizione del ministero sull'uso terapeutico della *cannabis* e, quindi, qual è la linea che si vuole adottare.

**PAOLA BOLDRINI.** Ringrazio la Ministra per la sua relazione, dove ci ha esposto le sue linee programmatiche e quanto intende fare per il Ministero della salute, che — lo ricordiamo — è un ministero importantissimo, perché riguarda la vita di tutte le persone.

Ho apprezzato il fatto che abbia riferito di una sorta di programmazione nel Ministero, volta a valutare ogni cosa e a programmarla nel tempo. Io mi riferisco a un fatto molto importante che, invece, sta a cuore a chi è professionista della salute e a chi lo sarà in futuro. Mi riferisco alla formazione nella nostra sanità. Lei ha fatto un passaggio precedente dicendo che ci tiene molto che ci siano professionisti, medici giovani che saranno in futuro esperti della loro attività specialistica.

È di questi giorni, ma anche dei giorni precedenti, l'allarme delle federazioni, di FIMMG (Federazione italiana medici di medicina generale), ANAAO (Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri) e FIASO (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) sul fatto che mancano specialisti, non solo adesso, ma mancheranno anche per i prossimi quattro o cinque anni, perché i futuri medici saranno ovviamente pronti fra quattro o cinque anni, ammesso che ci siano scuole e borse di specializzazione sufficienti.

Le borse non sono ancora sufficienti, lo sappiamo. Qualcosa è stato fatto negli anni precedenti, ma c'è ancora molto da fare, quindi questo riguarda una futura programmazione, non meno del fatto che vi sono anche grossi problemi già attualmente. Parlo soprattutto di un altro allarme, quello di FIMEUC (Federazione italiana di medicina di emergenza urgenza e delle catastrofi), che riguarda i medici del pronto soccorso, perché ci sono molte problematiche anche su questo.

Per non rubare tempo e per essere quanto più possibile puntuale, sappiamo — l'ha detto anche lei prima — che i problemi della nostra popolazione saranno tanti, soprattutto per il fatto che è una popolazione in lento invecchiamento e, quindi, avrà bisogno sicuramente di avere attenzioni particolari. Le chiedo come potrà intervenire, insieme ad altri due ministeri — sappiamo che oltre al Ministero della salute, anche il Ministero dell'economia e delle finanze sarà un contraltare molto importante, così come il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, perché le borse di studio sono ovviamente organiz-

zate e programmate in questo senso — per capire quale sarà la reale necessità (noi lo sappiamo già, ma ovviamente il ministero farà la sua parte) e se nella prossima legge di bilancio affronterà questa richiesta, chiedendo fondi sufficienti per poter avere una buona organizzazione per il futuro della formazione medica, anche perché ci dovrà essere un ampio *turnover*.

Mi fermo qui, anche perché dobbiamo correre in Aula, e ringrazio.

**PRESIDENTE.** Grazie, senatrice Boldrini, si è perfettamente mantenuta nei tempi a disposizione. Adesso ho quattro interventi di senatori di Forza Italia, che dovranno suddividersi in cinque minuti.

**MARCO SICLARI.** Ministra, ho tre domande da farle. La prima riguarda la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Nel mio intervento in Senato durante il dibattito sul Documento economico e finanziario ho chiesto, a nome di Forza Italia, di aumentare la spesa sanitaria nazionale, oggi al 6,5 per cento del PIL, per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, che, come sa, è a rischio. Perché non avete approvato nella prima occasione utile, così come lei ha annunciato di voler fare e poi non ha fatto, l'aumento della spesa sanitaria nazionale, proprio nel DEF? Questa è la prima domanda.

Il Gruppo Forza Italia chiede e continuerà a chiedere, affinché possa continuare a esistere la sostenibilità del Servizio sanitario in nazionale, l'aumento della spesa sanitaria, perché il diritto alla salute è un diritto che deve essere comunque garantito a tutti, da nord a sud, allo stesso modo.

La seconda domanda riguarda la prevenzione delle malattie croniche e anche altre malattie, come i disturbi alimentari, soprattutto nei giovani. In particolar modo, Forza Italia vuole affiancare le famiglie e i loro figli durante il periodo di crescita, specialmente durante l'età scolastica, quindi chiediamo l'introduzione del medico scolastico, soprattutto oggi, in un momento in cui i nostri figli sono a rischio di patologie croniche. Come sapete, le malattie croniche

sono malattie che una volta che insorgono durano tutta la vita, per cui l'educazione a uno stile di vita salutare, sport, dieta alimentare corretta e controlli periodici, che oggi non avviene nelle scuole, può aiutare le nostre famiglie a seguire la crescita dei loro figli in maniera sana e salutare, ma soprattutto a non aggravare i costi del Servizio sanitario nazionale.

Vengo all'ultima domanda. Il diritto alla salute è messo in discussione in diverse regioni. In particolar modo, in Calabria abbiamo oltre dieci anni di commissariamento che ha tagliato tutto, non soltanto la spesa sanitaria, ma anche l'assistenza sanitaria. Noi chiediamo che si interrompa subito il commissariamento in Calabria. Vogliamo mettere la parola fine a questo commissariamento. Basta andare a visitare le strutture sanitarie pubbliche. Sembrano abbandonate, ci sono reparti senza primari. Oltretutto, è a rischio la vita dei cittadini. Chi non ha soldi oggi rischia di morire.

PAOLA BINETTI. Due temi assolutamente conosciuti. Il primo: 2013-2016, primo Piano nazionale malattie rare, scaduto perché non è stato rinnovato. Circolano delle voci, per lo meno tra le associazioni, che dicono di aver visto questo secondo Piano nazionale delle malattie rare e addirittura di avervi aderito, ma di fatto non si vede. Siccome c'è un grande interesse su questo Piano nazionale delle malattie rare, perché, come lei sa, intreccia aspetti sanitari con aspetti sociali, anche intorno al grande tema dei LEA, mi sta particolarmente a cuore sapere a che punto è.

In secondo luogo, mi sembra — non credo di essermi distratta — che lei non abbia speso nemmeno mezza parola per un tema che, come lei sa benissimo, ci ha appassionato nella legislatura precedente, che è il gioco d'azzardo. Già abbiamo rappresentato un disegno di legge, sulla prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico. In realtà io ritengo che sia importante anche una presa in carico, del grande tema delle dipendenze.

Nella scorsa legislatura ha condotto « i giochi » sistematicamente il Ministero del-

l'economia, nonostante un impegno unitario, forte e anche condiviso presso la Commissione Affari sociali della Camera. Mi auguro che in questa legislatura lei abbia voglia di impegnarsi direttamente per l'approvazione di un disegno di legge su questa materia.

MARIA RIZZOTTI. Vorrei fare gli auguri alla ministra per il « lieto evento » e anche per il lavoro che l'attende. Enumererò le cose che vorrei sapere. A proposito della *cannabis* è stato detto qualcosa. Sappiamo che ha interessato l'Avvocatura dello Stato per approfondimenti; aspettiamo di conoscerne gli esiti.

Sia tratta di un tema diverso da quello della *cannabis* terapeutica, con riferimento alla quale sappiamo che il 12 luglio scorso è stato pubblicato il decreto di aggiornamento sulle tabelle. Giustamente, e finalmente, sarà a disposizione dei pazienti per la terapia del dolore, ma siccome ci sarà una maggiore flessibilità per la prescrizione chiediamo come si procederà ai controlli — ad esempio perché potrà essere trasportata anche dagli operatori sanitari — per evitare l'uso o l'abuso da parte di chi non ne dovrebbe usufruire.

Per quanto concerne il personale ho apprezzato moltissimo quello che ha detto riguardo alla sicurezza dei medici nei presidi ospedalieri. Io ho depositato circa due mesi fa un disegno di legge proprio su questo punto.

Sulle assunzioni, gli specializzandi, la revisione dei LEA e il nomenclatore tariffario ha già detto qualcosa. Vorrei sapere quali sono i tempi per il nuovo nomenclatore e se è possibile aggiungere la fibromialgia e la malattia di Sjögren nell'elenco delle malattie rare.

Per quanto concerne sanità integrativa, *welfare* aziendale e farmaceutica, temi ai quali ha accennato, certamente dovrebbe esserci una sburocratizzazione nella prescrizione dei farmaci anche da parte dei medici di medicina generale.

Per quanto concerne l'AIFA, aspetto ancora — peraltro, chiedo che magari alle interrogazioni si risponda con più velocità rispetto ai cinque anni precedenti — la risposta a un'interrogazione su quel bando

di concorso poco trasparente dell'AIFA per il consulente esterno a 340.000 euro.

**PRESIDENTE.** Senatrice Rizzotti, siamo sopra i due minuti.

**MARIA RIZZOTTI.** Basta così. Avevo ancora da dire qualcosa, ma pazienza.

**LAURA STABILE.** Ho alcune domande. Inizio dal numero unico di emergenza 112. Nelle regioni dove è stato adottato, vi sono continue segnalazioni di ritardi e disservizi, anche molto gravi, sia da parte di operatori che di cittadini. La ministra ne è a conoscenza e quali azioni intende intraprendere?

La seconda domanda riguarda la carenza di medici specialisti da assumere nel Servizio sanitario nazionale. Anche incrementando le borse di studio, l'effetto positivo si raggiungerebbe fra circa cinque anni. Nei prossimi cinque anni un gran numero di medici del servizio pubblico andranno in quiescenza. Chiedo, quindi, quali misure urgenti la ministra intenda mettere in campo per risolvere questo problema.

Vengo alla terza domanda. In alcune attività del Servizio sanitario nazionale, in particolare nel campo dell'emergenza, al posto di medici si tende a impiegare personale a più basso costo (tecnici e infermieri). Tale personale dovrebbe intervenire secondo specifici protocolli, in situazioni da questi ben codificate. Accade, invece, spesso che i protocolli prevedano veri e propri atti di diagnosi e terapia, che sono di esclusiva competenza del personale medico. Chiedo, quindi, la valutazione della ministra su queste tematiche.

Una quarta domanda riguarderebbe il commissariamento della Croce rossa.

**PRESIDENTE.** A questo punto passo la parola alla senatrice Sonia Fregolent della Lega, che interviene a nome sia della Commissione del Senato sia di quella della Camera.

**SONIA FREGOLENT.** Ringrazio il ministro per l'esposizione, facendole anch'io gli auguri non solo per la gravidanza ma

anche per il lavoro che dovrà affrontare in un periodo così particolare della sua vita, nella convinzione che potrà affrontare con una sensibilità maggiore un tema, come quello della sanità, che riguarda tutti noi e che raccoglie particolari sensibilità, come si è potuto notare dagli interventi che si sono svolti.

Io cercherò di essere molto sintetica, così recuperiamo i minuti che sono già passati, e avrei quattro domande da rivolgere al Ministro. In particolar modo, a integrazione di quanto lei ha già detto, vorrei capire meglio che cosa intende fare per assicurare la piena attuazione dei LEA sanitari e sociosanitari di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, con particolare riferimento alla prevenzione, alla psichiatria, alla neuropsichiatria infantile e alla non autosufficienza. Questo è il primo aspetto che su cui vorremmo un maggiore dettaglio.

Il secondo è un tema che è stato affrontato anche da chi mi ha preceduto e che non riguarda soltanto il ministero, ma che necessariamente deve vedere coinvolto anche il MIUR, per capire quali possono essere le azioni e come intende affrontare la carenza di personale che c'è, soprattutto nel caso degli specialisti ospedalieri, e anche dei medici di medicina generale. Anche questo è un tema particolarmente sentito, dove la carenza è evidente.

Come terza domanda, ferma restando l'importanza degli accordi tra i produttori e l'AIFA, sarebbe importante acquisire i dati raccolti, sia come gestione dei rimborsi sia come costi-benefici rispetto ai risultati ottenuti. Attualmente, i dati non sono disponibili, quindi vorremmo capire che cosa intende fare per rendere disponibili alle regioni e alle ASL i dati contenuti nei registri dell'AIFA. Questo sarebbe molto utile anche per avere dei dati organici a disposizione sull'effettiva efficacia delle terapie.

Ultima domanda: considerata, anche in questo caso, la rilevanza per il tema della salute umana e le note criticità che a tutt'oggi sono irrisolte, che tipo di riforma del sistema di regolamentazione e di gestione



dei prodotti fitosanitari intende promuovere? Grazie.

MARIA DOMENICA CASTELLONE. Grazie, Ministro, per essere qui. Io vorrei richiamare la sua attenzione alla necessità di rivedere i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, cui tra l'altro ha già fatto cenno nella sua relazione. Ai sensi della legge n. 662 del 1996, era previsto che il Fondo sanitario nazionale fosse ripartito tenendo presenti diversi parametri, tra cui la popolazione residente, la frequenza dei consumi sanitari per età e sesso e il tasso di mortalità della popolazione, insieme a indicatori territoriali ed epidemiologici.

Negli anni scorsi, però, di questi criteri non si è tenuto conto, se non forse solo per l'età e per il numero dei residenti, quindi ciò ha generato un effetto paradossale per un sistema, come il nostro, che deve essere universalistico e che, invece, ha visto un taglio delle risorse proprio nelle aree che avevano maggiore necessità di risorse finanziarie per mantenere i LEA, quali le regioni del sud, che hanno una popolazione più giovane rispetto a quelle del nord.

Tutti gli studi di settore recenti e anche il recente rapporto Istat confermano che c'è un forte squilibrio nei livelli di assistenza sanitaria tra nord e sud e questo è particolarmente evidente quando andiamo a vedere dei parametri specifici quali, ad esempio, l'aspettativa di vita media, soprattutto su base regionale e provinciale, che raggiunge, ad esempio, valori di 84,1 anni nella provincia di Firenze e, invece, scende a 80,7 nelle province di Napoli e Caserta, con un divario di ben 3,4 anni. Tale divario si accresce maggiormente, se si considerano anche le differenze di genere.

Il nostro Paese, adesso, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria viaggia chiaramente a due velocità: con un nord dotato di dipartimenti di emergenza e di strutture di eccellenza e un sud da cui, invece, i cittadini devono emigrare per avere un'assistenza sanitaria che sia veramente degna di questo nome. Infatti, non a caso le regioni da cui si emigra di più sono il Molise, la Basilicata e la Calabria, che sono quelle che hanno una percentuale più bassa

di cittadini soddisfatti dell'assistenza sanitaria che ricevono.

Ancora, il rapporto Istat fotografa un'altra situazione eterogenea, che riguarda il numero di posti letto, che in questi anni si è ridotto, scendendo a 3,6 nel 2015 dai 3,9 del 2010. Ancora una volta c'è una grossa differenza tra nord e sud, con soglie di 4 in Valle d'Aosta e 2,5 in Calabria. Quindi noi vorremmo chiederle, consapevoli della difficile situazione che ha ereditato, quali sono le sue valutazioni in merito al profondo divario in tema di assistenza sanitaria tra nord e sud e se intende intervenire sul riparto del Fondo sanitario nazionale per garantire un'equa distribuzione delle risorse, al fine di mantenere il Sistema sanitario nazionale a livelli dignitosi.

RAFFAELE MAUTONE. Faccio una breve comunicazione Grazie, presidente. Grazie, ministro. Lei ha già segnalato ovviamente questa grossa differenza che c'è nell'assistenza, sia territoriale sia ospedaliera, tra nord e sud e ha mostrato, come anche i giornali hanno riportato, una particolare attenzione alle liste d'attesa, che costituiscono un problema molto importante e di grosso impatto sia al nord che al sud, ma in particolare nelle regioni meridionali.

A proposito di questo, vorrei segnalare un caso particolare, che forse è una criticità e che riguarda la Campania e, in particolare, i centri accreditati per la riabilitazione neuropsicomotoria nell'infanzia. Questo è un fatto molto importante perché ogni giorno che si perde in questa attività di riabilitazione è un giorno che potrà pagare poi il bambino in seguito.

Nel mio territorio, ma anche in generale, sono segnalati di tempi di attesa per avere il posto disponibile in questi centri accreditati anche di due anni, quindi molto lunghi. Lei sa meglio di me quali problematiche comportano in questa particolare fascia di età tempi di attesa così lunghi, quindi vorrei chiederle, sempre con riferimento alla sua richiesta già fatta alle regioni di comunicare in tempi brevi le liste d'attesa, che cosa può fare su questa particolare problematica che riguarda i centri di riabilitazione neuropsichiatria infantile,

che coinvolge un numero enorme di bambini per problemi sanitari, per patologia psicomotoria e altro.

PRESIDENTE. Grazie, senatore Mautione. Abbiamo concluso così gli interventi dei gruppi parlamentari per il Senato, quindi cominciamo con i gruppi della Camera. Saluto i senatori che si allontanano per esigenze connesse ai lavori dell'Assemblea presso l'altro ramo del Parlamento. Diamo loro qualche secondo per poter lasciare l'aula della Commissione.

MICHELA ROSTAN. Grazie, presidente. Signora ministro, mi unisco anch'io agli auguri non solo per il lavoro, ma anche per la maternità. Ovviamente i pochi minuti a disposizione non mi consentono particolari segnalazioni, però vorrei porle due questioni che ritengo di centrale importanza e su cui auspico attenzione ed iniziative. La prima, già affrontata e posta da altri colleghi, riguarda la sanità a velocità differenziata nel nostro Paese a seconda dei luoghi geografici, visti i criteri di riparto del Fondo nazionale sanitario. In Italia, come è noto, sono circa 750.000 i ricoveri fuori regione di residenza e in molti casi questi ricoveri avvengono proprio per l'impossibilità di usufruire nella regione di appartenenza delle prestazioni di cui si ha bisogno, anche a causa delle liste d'attesa. Nella maggior parte dei casi, come sappiamo, ci si sposta da sud verso le grandi città del centro-nord.

Torno anche alla sua visita di qualche giorno fa presso le strutture ospedaliere campane. Da deputata napoletana me ne compiaccio, però io vorrei chiederle in maniera più specifica che cosa realmente lei intende fare nel suo programma per colmare questo *gap* e garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto degli stessi standard di cura.

In tal senso, vengo alla seconda questione, che mi sta tra l'altro particolarmente a cuore e che intendo segnalare: quella delle aggressioni ai medici e al personale sanitario nell'esercizio delle loro funzioni. Glielo dico anche perché ho presentato, a mia prima firma, ma grazie anche al

supporto di altri colleghi parlamentari, una proposta di legge, che proprio domani mattina illustreremo in conferenza stampa qui alla Camera dei deputati, al fine di equiparare lo *status* di medico a quello di pubblico ufficiale.

C'è un'indagine statistica, condotta anche sui dati INAIL, che mostra un'*escalation* vera e propria: si calcola che, nel 2018, in media nel nostro Paese ci sono tre aggressioni al giorno ai danni di personale medico e sanitario nell'esercizio delle proprie funzioni. Certo, non è facile delimitare bene questa figura: sappiamo che è pubblico ufficiale chiunque esercita una funzione legislativa, giudiziaria e amministrativa con poteri certificativi oppure autoritativi.

Ho anche letto le sue dichiarazioni sulla volontà di inasprire le pene per le aggressioni, però il punto vero è che i medici non denunciano, quindi, se non c'è denuncia, diventa pressoché insufficiente una misura di questo tipo. Il problema, infatti, è che si arrivi almeno a una denuncia affinché tali aggressioni possano diventare perseguibili, non solo con querela di parte, ma anche d'ufficio.

Mi auguro quindi che lei voglia dedicare anche a questa proposta di legge una giusta attenzione perché credo che questo sia un tema non di parte, ma un tema di tutti. In modo particolare, nel Mezzogiorno d'Italia queste aggressioni stanno avvenendo a danno anche del personale sanitario femminile, c'è un definanziamento delle nostre strutture ospedaliere e ci sono aggressioni nei confronti delle donne e, quindi, c'è un problema che va affrontato, anche in tempi rapidi, e che richiede davvero un intervento mirato.

Ho un'ultima annotazione, poi, su un tema che forse è stato un po' trascurato anche negli ultimi anni, cioè quello delle infezioni ospedaliere, cui si collega strettamente poi tutta la tematica dell'antibiotico-resistenza. Purtroppo, il tema delle infezioni ospedaliere rappresenta ancora nel nostro Paese una ferita aperta per la sanità pubblica: 7.000 vittime all'anno sono un dato che non possiamo più permetterci. Non è possibile che chi entra in una strut-

tura sanitaria per curarsi esca poi da quella struttura sanitaria con una patologia ancora più grave oppure non ne esca proprio.

Al riguardo occorrono, a mio giudizio, misure straordinarie che devono fondarsi sull'adozione di tutte le più moderne tecnologie a disposizione per la disinfezione e la decontaminazione delle strutture stesse.

Ci sono già degli esempi e delle *best practice*, che credo possano essere replicate un po' in tutte le regioni d'Italia, anche perché il problema vero è proprio questo: uniformare il sistema sanitario sotto questo aspetto per ridurre poi gli agenti patogeni presenti appunto negli ambienti ospedalieri.

Da ultimo - mi ci soffermo davvero velocemente - c'è il tema dell'antibiotico-resistenza, un tema posto già qualche anno fa dal Presidente degli Stati Uniti d'America che, all'epoca, adottò anche una *task force*. L'OMS ha lanciato un allarme: si tratta di uno dei maggiori problemi per la salute pubblica. Credo che, da questo punto di vista, bisognerebbe lavorare per mettere in stretta sinergia e in rete tutte le strutture, dalla medicina territoriale a quell'ospedaliera, per poter riparare agli innumerevoli danni che sta generando.

MARCELLO GEMMATO. Grazie, presidente. Do il benvenuto al Ministro, unenndomi ai complimenti rivoltile per la nomina e per la maternità, che penso sia la cosa più bella in questo momento. La ringrazio per la parte introduttiva del suo intervento, soprattutto perché riconosce la centralità del Parlamento. Questa può sembrare una cosa accessoria, invece purtroppo non lo è.

Per questo motivo, sono convinto che l'incontro odierno sarà il primo - mi auguro - di una lunga serie, quindi avremo modo di confrontarci in maniera costruttiva con lei, ministro, al fine della realizzazione, come spero, di un nuovo sistema Sanitario nazionale e di una nuova assistenza al cittadino perché, Ministro, di questo purtroppo oggi stiamo parlando.

I dati Censis riportati in precedenza anche da un altro collega, dai quali emerge che addirittura per la prima volta si sono toccati i 40 miliardi di spesa privata per

curarsi, ci raccontano non (purtroppo) di un'Italia opulenta, ma di parti intere dell'Italia nelle quali è avvenuta la desertificazione dell'assistenza sanitaria nazionale. Lo dico perché, se si scompone quel dato, esso ci racconta che le regioni in cui si spende più e in cui i privati spendono più sono le regioni del meridione, segnatamente la Basilicata e la Calabria, dove, come precedentemente ricordato, purtroppo il sistema sanitario nazionale non brilla.

Detto questo, Ministro, ritengo che, se non l'origine dei mali, di grande importanza nell'evoluzione in negativo sia stato il decreto ministeriale n. 70 del 2015, che immagino anche voi abbiate criticato in passato, non per l'attuazione o per i principi ispiratori, sicuramente condivisibili, ma per il fatto che alle misure da esso introdotte non è corrisposto affatto un rafforzamento territoriale del Sistema sanitario nazionale.

I medici di medicina generale e i farmacisti - mi permetto di dirlo e il collega Zaffini lo ricordava opportunamente - costituiscono una rete di professionisti presente capillarmente sul territorio: così come c'è la caserma dei carabinieri e c'è il parco, in ogni comune della nostra nazione vi è una farmacia, un camice bianco e una croce verde, che in questo momento rappresenta forse l'unico presidio del Sistema sanitario nazionale sul territorio.

Io le porto il caso, non per motivi di campanilismo, ma per motivi di conoscenza, del comune dove mio fratello è sindaco e io ho risieduto per gran parte della mia vita: Terlizzi. Si è provveduto alla chiusura del pronto soccorso e alla chiusura, contemporaneamente, dei punti di primo intervento. Nel piano di riordino sanitario, è prevista la chiusura dell'ospedale, ma soprattutto - e su questo punto mi hanno fatto piacere le sue parole - in un momento in cui si parla di lotta agli sprechi sono stati spesi fino a qualche mese fa 15 milioni di euro per attrezzare sale operatorie e luoghi preposti alla cura del cittadino, salvo poi chiuderli.

Entrambe le decisioni sono state prese non da parte di due amministrazioni di colore diverso, il che sarebbe stato già

caotico, ma da parte della stessa amministrazione che, come una sorta di Penelope, di giorno tesse la tela e di notte, invece, la disfa.

Ritengo, Ministro, che anche rispetto alla presenza dello Stato sul territorio e a ciò che l'articolo 32 della nostra Costituzione assicura, cioè pari livelli di assistenza sanitaria a tutti i cittadini, questo Governo — e ne sono sicuro — debba provvedere. Lo dico perché l'Italia a due velocità poc'anzi evocata è qualcosa che i cittadini del meridione vivono sulla propria pelle: se lei apre le cronache quotidiane di qualsiasi parte del meridione, ritroverà notizie di persone infartuate — e non voglio fare speculazioni, citando casi particolari che purtroppo sono avvenuti — e di persone che muoiono oggi di infarto perché non si riesce a raggiungerle nei venti minuti, così come assicurato e previsto dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Allora, Ministro, il compito per tutti è molto grave, al quale sicuramente Fratelli d'Italia, credendoci, non si sottrarrà. Ciò che noi chiediamo è un'interlocuzione continua, una non divisione ideologica e partitica rispetto a fatti che riguardano tutti noi cittadini e, proprio per questo, ritengo che qualcosa insieme si possa fare nell'immediato.

Nell'immediato — e qui ho di fronte il mio capogruppo Bellucci — noi abbiamo prodotto degli stimoli. È stato ricordato in precedenza delle aggressioni nei confronti del personale sanitario: un'ignominia alla quale tutti quanti noi non possiamo continuare ad assistere. Occorre adottare una serie di provvedimenti, che possono essere messi in atto a costo zero, rispetto ai quali penso che tutti quanti noi saremo, Ministro, al suo fianco.

Mi fanno segno di accingermi a chiudere e io chiudo semplicemente con due *flash*. Ministro, i nuovi LEA introducono l'autismo e la dipendenza da gioco d'azzardo patologico tra le nuove patologie. Voglio capire se vi è intenzione, però, di assicurare una congrua copertura economica, corrispondente all'introduzione di queste nuove patologie, che purtroppo stanno piegando la nostra nazione.

Mi fermo e ribadisco che sicuramente avremo ulteriori momenti di confronto.

PRESIDENTE. Su questo non dovete avere alcun dubbio.

STEFANO MUGNAI. Grazie, presidente. Grazie, Ministro, di essere qui. Anch'io mi unisco ovviamente alle felicitazioni per questo importante capitolo della sua vita familiare.

Io ho ascoltato con grande attenzione la sua relazione, ma anche gli interventi dei colleghi e cercherò, quindi, di non ripetere concetti già espressi, però ho colto in molti interventi la constatazione di un fatto che sembra evidente a tutti: nel nostro Paese forse non ci sono venti sistemi sanitari diversi, ma ci sono sicuramente delle differenziazioni molto marcate. Nel dire questo, mi sembra sia unanime il giudizio per cui la sanità va meglio in alcune regioni del nord e molto peggio in alcune del sud. Sembra di essere Catalano dicendo tale ovvietà. Da nessuno, però, ha sentito dare una spiegazione circa le ragioni per cui questo avviene. Nella sua brillante relazione, per esempio, io non ho sentito utilizzare il concetto di sussidiarietà.

Ecco, io credo che una delle risposte al fatto che magari in Lombardia o in Veneto le cose, dal punto di vista sanitario, vadano meglio rispetto ad altre regioni, è perché in quelle regioni il concetto di sussidiarietà è stato declinato e applicato da anni. Mi spiace che gli amici della Lega non l'abbiamo sottolineato. Insomma, queste sono regioni che amministriamo da decenni insieme e credo sia opportuno sottolineare dove si sono realizzate delle esperienze positive.

Ministro, lei all'inizio del suo intervento ha parlato di centralità del Parlamento e poi, in materia di sanità, di centralità del paziente. Ecco, io vorrei fare un passettino avanti: la centralità della persona. In quelle regioni, applicando il concetto di sussidiarietà, il concetto base è che, quando un cittadino ha necessità di una risposta a un bisogno sanitario, l'importante è dargli la risposta, nel migliore dei modi e nella maniera più efficiente. Poi, che l'ultimo metro

del vettore che dà quella risposta non sia una gestione prettamente pubblica o semplicemente di *governance* pubblica, ma un soggetto che non è pubblico, fa poca differenza.

Attenzione al fatto che, se questo fenomeno non si governa, si crea lo stesso, come qualche collega ha sottolineato prima. Ormai, i ticket molto spesso hanno un costo superiore alla prestazione sanitaria e questo fa sì che, alla fine, i cittadini vadano a rivolgersi alle strutture private, dove ottengono, in tempi rapidissimi rispetto alle liste d'attesa di una struttura pubblica, la risposta sanitaria che cercano.

Guardi, Ministro, sul tema delle liste d'attesa, io che vengo dalla Toscana posso dire certamente, in un giudizio comparato, che non è probabilmente il peggior sistema sanitario, ma vi assicuro che vi è una narrazione un po' più ottimistica rispetto alla realtà. In Toscana, il problema della liste d'attesa è un problema reale, come in tante altre regioni, e da anni è stata fatta tutta una serie di interventi sulla informatizzazione delle ricette, ma non è questo che dà la risposta per risolvere il problema.

Certamente, avere una modalità nella presa in carico per fare ricette elettroniche piuttosto che cartacee aiuta, ma il vero problema è che poi non c'è il personale che sia lì pronto a dare le risposte ai cittadini. Perché una struttura privata, nel momento in cui fa un investimento e compra un macchinario, che magari costa centinaia di migliaia di euro per la diagnostica, lo fa lavorare 50 o 60 ore la settimana, mentre in una struttura pubblica magari quello stesso macchinario viene utilizzato al massimo per 15 ore. Il problema è tutto lì, e allora le liste d'attesa si affrontano e si risolvono lavorando ovviamente sull'organizzazione del sistema, ma anche investendo sul personale e sulle professionalità.

Bisogna trovare le risorse e bisogna individuare una copertura chiara. Questo è un ragionamento che si lega anche al futuro della nostra sanità. Ormai, viene inserito nel mondo del lavoro - anche questo è già stato detto, quindi me ne scuso - solo il 40 per cento dei laureati in medicina. Si tratta di ragazzi che hanno superato un

esame per entrare in una facoltà a numero chiuso, che si laureano e che hanno una potenzialità enorme di essere dei grandissimi e coltissimi disoccupati perché non vi è la possibilità di avere borse per la specializzazione per inserirli nel sistema.

Allora, è necessario fare tutta una serie di investimenti e, per fare gli investimenti, ovviamente bisogna trovare anche le coperture. Io mi permetto un piccolo suggerimento. Guardate che aggredire gli sprechi, in sanità soprattutto, dal mio punto di vista significa studiare e capire quanto si spende per comprare un servizio o un bene. Le esperienze delle centrali uniche d'acquisto rappresentano, secondo me, la strada maestra, però poi bisogna vedere come funzionano.

In alcune regioni c'erano anche più centrali uniche d'acquisto mentre ora parlare di tre centrali uniche d'acquisto è già uno ossimoro. Poi accade anche che si creino delle centrali ma esse non fanno le gare per cui si determinano situazioni antieconomiche. Faccio un esempio: questo telefonino di ultimissima generazione costa abbastanza ma fra due anni non avrà più mercato e quindi lo venderanno a prezzi bassissimi. Allora, per il prodotto sanitario, che nel momento in cui viene presentato ha un costo enorme, con un'obsolescenza in termini di prezzo molto più rapida rispetto ad uno strumento elettronico come quello dell'esempio fatto, se non si fa la gara, si continua ad acquistare quel prodotto o quel farmaco o quell'ausilio sanitario a prezzi che sono cento volte superiori rispetto al prezzo del mercato. Ovviamente, qualcuno ne trae vantaggio perché c'è chi continua a rifornire a prezzi enormi. Allora, la centrale unica d'acquisto ha un senso se poi le gare si fanno e, quindi, si possono reperire risorse importanti.

Ora, vorrei chiudere l'intervento. Più o meno in tutto il nostro Paese, anche se non si dice ufficialmente, ormai la sanità si organizza sul modello di intensità di cura per ridurre i posti letto. Mi riferisco al cosiddetto decreto Balduzzi: tre posti letto per mille abitanti. In altri Paesi sono molti di più, ma i posti letto con un numero così basso, come lo sono oggi, non si reggono se

prima non si lavora sul territorio, e non può essere l'ultimo ragionamento quello riguardante il territorio, ma deve essere il punto di partenza. Da questo punto di vista, bisogna andare a dialogare con la rete territoriale che già esiste, però bisogna far sì che i medici di medicina generale tornino a fare i medici e non i burocrati per il Servizio sanitario nazionale.

Chiudo veramente sui LEA. Un altro concetto che ho sentito citare è quello della disabilità. Il suggerimento, avanzato dalla collega Versace attraverso un *question time*, riguarda l'opportunità di inserire nei LEA gli ausili sportivi anche per i disabili perché questo è un elemento fondamentale. Rinovo, quindi, l'invito al Governo a prestare attenzione a questa esigenza, ritenendola molto importante.

PAOLO SIANI. Io sarò brevissimo. Auguri, onorevole Ministro, per la gravidanza. Sono contento di non doverla convincere a vaccinare suo figlio, essendo un pediatra, perché ha detto che lo vaccinerà. Per noi è molto importante dire che il ministro vaccina il figlio ed è un'arma che abbiamo a nostro vantaggio perché le devo dire che io sabato ho dovuto trasferire il quinto bambino, nel corso di questi pochi mesi, affetto da morbillo e ricoverato in ospedale e ho dovuto mettere in prevenzione circa trenta persone, tra bambini e mamme, non vaccinate.

Sulle vaccinazioni voglio chiedere davvero un incontro specifico, trattandosi di un tema che non possiamo liquidare in pochi minuti. Abbiamo raggiunto un risultato per noi pediatri essenziale: un unico calendario vaccinale in Italia. Prima vaccinavamo a Palermo per la meningite e a Napoli non lo facevamo, ed era un disastro assoluto. Ora, abbiamo dieci vaccinazioni uguali dovunque. Abbiamo visto che questo sistema sta funzionando e sta funzionando anche nelle zone *no vax*: Rimini passa dal 77 all'84 per cento di copertura vaccinale in un anno, quindi il risultato è molto importante, ma è ancora al di sotto del 95 per cento che ci tutela tutti.

Io credo che non sia opportuno ragionare adesso in fretta per togliere un obbligo, mentre sappiamo — e lo ho detto

anche prima la senatrice Cattaneo — che abbiamo due anni di tempo per capirlo e nel frattempo far funzionare le anagrafi vaccinali, che non funzionano perché ci sono diversi sistemi anche nella stessa regione. Bisogna intraprendere un'azione di coinvolgimento dei medici e insegnare ai medici a comunicare alle famiglie. Bisogna parlare alle famiglie, anche perché non riusciamo comunque a convincere le famiglie più resistenti. Io faccio questo mestiere da 40 anni e posso dire che chi non vuole vaccinarsi non si vaccina. Posso parlare anche per due ore, ma non si vaccinano. Gli esitanti, invece, che sono molti, si convincono, quindi chiedo veramente al Governo di sentire anche i pediatri perché sono tutti convinti che è sbagliato togliere adesso l'obbligo vaccinale, anche perché io non so più che dire alle mamme se, dopo un anno, cambia il Governo e io dovrei cambiare idea. Io sono un medico: o dico a tutti che è giusto vaccinarsi per obbligo oppure no. Come faccio a dire che ho cambiato idea? È complicato.

Ho un'ultima questione: lei ha detto tante cose importanti e capisco che non poteva approfondirle, però il vero nodo sono le disuguaglianze in sanità. Lei su questo deve dire qualche parola in più perché è là che c'è lo spreco di soldi, è là che non si curano bene i malati ed è là che si riempiono i pronto soccorso di pazienti inutili. Chi non ha istruzione e non ha cultura si cura molto male, quindi il nocciolo vero è quello: incidere sulle disuguaglianze nella sanità — devo finire e lo capisco — così come si deve incidere, perché collegato alla sanità, sulla carenza drammatica di asili nido nel nostro Paese.

Lei sa, perché è un medico e conosce il tema meglio di me, che investire in prevenzione nei primi mille giorni di vita, fino ai tre anni, dà effetti benefici a lungo andare: se io investo un euro in questa fascia di età, avrò 18 euro di vantaggio economico a diciotto anni. Lo dicono gli economisti e non i medici, quindi su questo le chiedo qualche parola in più e qualche intervento specifico.

ELENA CARNEVALI. Grazie, presidente. Grazie, Ministro, auguri di buon lavoro e auguri per la sua gravidanza.

Mi ha fatto particolarmente piacere sentirla ricordare, nella sua relazione, i quarant'anni del Servizio sanitario nazionale e ascoltare le sue affermazioni in merito alla difesa dell'universalità del Servizio sanitario nazionale. Faccio riferimento non solo alla relazione di oggi, ma anche a tutte le affermazioni pregresse e a quello che è contenuto nel programma di Governo. In quest'ultimo c'è un assunto che è particolarmente preoccupante, a mio giudizio, perché, come noi sappiamo, il nostro Servizio sanitario nazionale si basa sulla fiscalità generale. Rammento che, nel contratto, si dice e si parla appunto di pagamento, con un criterio di progressività, parlando di un « prevalentemente ». La domanda che le pongo è: secondo lei quanto prevalentemente dovrebbe essere finanziato dalla fiscalità generale il nostro Servizio sanitario nazionale per garantire l'universalità o quanto stiamo aprendo rispetto al secondo pilastro ?

La seconda questione riguarda un tema trattato anche nel suo programma; in generale, da quello che è emerso oggi, lei critica molto il passato ma poi lo conferma in molte cose. Il Patto della salute si chiamerà in un altro modo, ma parliamo sostanzialmente di quello. Il Piano nazionale della cronicità, parla di informatizzazione e mi auguro che anche la cartella sanitaria diventi una realtà nazionale e parla, giustamente, di programmazione perché senza programmazione non si può fare buona sanità.

Detto questo, siamo tra i migliori Paesi nel rapporto tra efficacia — non efficienza — ed esiti rispetto al finanziamento. Siamo d'accordo con lei quando dice: « non mi faccio commissariare dal MEF ». Bene, nelle dichiarazioni che lei ha reso, nel tempo e anche oggi, il tema delle risorse diventa dirimente, la vera « prova del nove ». Non l'abbiamo però ritrovato quando abbiamo discusso in Aula il DEF. Noi abbiamo messo 7 miliardi in questa legislatura e lei parla degli 11 miliardi che, secondo lei, vanno recuperati alla prima prova, che avverrà

tra non tanto tempo, un mese e mezzo circa, quando parleremo di legge di bilancio.

Terza domanda: siamo arrivati, durante la scorsa legislatura, all'abolizione dei *ticket* e servono 600 milioni, nel contratto di Governo adesso si parla di riduzione della compartecipazione dei *ticket*, quindi di quale misura stiamo parlando ?

Altra domanda: io credo che, se partissimo tutti dal documento che hanno presentato le regioni il 5 maggio del 2016 sulla *governance* dei farmaci, troveremmo quello che secondo me è necessario. Si tratta di un documento che anche la ministra ha sostenuto nella passata legislatura. Potevamo adottarlo in 48 ore, come mai questo non è stato ancora fatto ?

LEDA VOLPI. Ben trovata, signor ministro. Io vorrei sottoporle due questioni, la prima delle quali riguarda le nomine della dirigenza in sanità.

Il decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, è intervenuto in materia di dirigenza sanitaria e sui meccanismi di nomina dei direttori generali delle strutture del Servizio sanitario nazionale prevedendo, da un lato, la costituzione di un elenco nazionale di idonei e, dall'altro, nuovi meccanismi di nomina che, di fatto, limitavano considerevolmente le prerogative del presidente di regione. Questo decreto, tuttavia, è stato integrato e corretto dal successivo decreto legislativo 26 luglio 2017, n. 126, restituendo al presidente di regione la discrezionalità e la fiduciarità nella scelta dei direttori generali.

È evidente che, a un primo passo avanti, nella lotta all'ingerenza della politica in sanità, è immediatamente seguito un repentino passo indietro. Secondo il Consiglio di Stato (parere n. 898 del 2017), il meccanismo di nomina della commissione e del direttore generale è stato allontanato da un'impostazione meritocratica, criticità ulteriormente rafforzata dalla già rilevata influenza del punteggio assegnato ai candidati in sede nazionale. Sempre il Consiglio di Stato ha sottolineato che una modifica di queste previsioni, con un nuovo sbilanciamento verso la fiduciarità della nomina, attenua la concreta portata della

riforma e il suo impatto sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Ebbene, il Governo precedente non ha tenuto in debito conto tali rilievi e, di fatto, allo stato attuale le nomine in sanità continuano a essere legate alla politica. I recenti fatti della regione Basilicata, che vedono coinvolti in misure cautelari sia il presidente di regione che figure dirigenziali nella sanità, sono l'emblema di quanto sia importante e prioritario rescindere il legame tra politica e dirigenza sanitaria, onde prevenire, per quanto possibile, che tale legame si trasformi in collusione o danno per la collettività.

Chiediamo, dunque, signor ministro, come intende intervenire sul legame tra politica e sanità così da garantire che la selezione dei direttori generali del sistema sanitario sia realmente imparziale e meritocratica.

Altra questione che ci sta a cuore è la trasparenza. Riteniamo che già il fatto di voler mettere a disposizione di tutti i cittadini i verbali dei tavoli di monitoraggio e verifica relativamente ai Livelli essenziali di assistenza e ai piani di rientro per le regioni a essi sottoposti nonché il fatto di voler rendere disponibili *online* la sua agenda e quella dei suoi sottosegretari rappresenti un importante segnale di cambiamento e un ottimo inizio per un'azione di governo che pone la trasparenza come principio cardine.

La trasparenza costituisce uno dei principi per il funzionamento dei rapporti tra gli interessi pubblici e quelli privati, in quanto è in grado di bonificare settori economici di grande rilievo per lo Stato, attualmente caratterizzati da rapporti opachi. La trasparenza consiste nella possibilità di accedere a dati e documenti di interesse collettivo allo scopo di tutelare la legalità e i diritti a essa connessi, promuovendo altresì una sana partecipazione. In-

fine, la trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dell'esercizio effettivo, in quanto informato, dei diritti politici, civili e sociali. In particolare, riteniamo che, nell'ambito della tutela della salute, risulti molto importante anche la conoscibilità delle informazioni riguardanti l'elargizione diretta e indiretta a coloro che operano nel settore.

Molti pensano che queste relazioni siano innocenti, ma diverse ricerche dimostrano che così non è e che anche piccoli doni possono influenzare le decisioni e i comportamenti di coloro che a diverso titolo operano nel settore della salute. Pertanto, rendere pubbliche tutte le transazioni finanziarie e le relazioni di interesse sortirebbe effetti positivi molteplici per tutti. Nel promuovere, quindi, l'approvazione di un provvedimento volto a realizzare tali obiettivi, segnaliamo che provvedimenti simili al *Sunshine Act* esistono in Francia, Belgio e Portogallo, e che questi provvedimenti sono stati tutti emanati a seguito di scandali legati a fatti di corruzione.

Signor ministro, le chiediamo, quindi, se non ritenga che l'approvazione del *Sunshine Act* in ambito sanitario rappresenti non solo una garanzia di massima trasparenza, ma possa anche aiutare i professionisti della salute a migliorare le loro prassi di comportamento e a comprendere meglio gli effetti delle loro reciproche relazioni.

**PRESIDENTE.** Grazie. Essendosi conclusi gli interventi, ringraziando la Ministra Grillo e tutti i colleghi intervenuti, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta, nella quale avrà luogo la replica della Ministra.

**La seduta termina alle 15.50.**

*Licenziato per la stampa  
il 26 settembre 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



\*18STC0024930\*