

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 LUGLIO 2019

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

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Binetti Paola (FI-BP),	15
Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i>	3	Bellucci Maria Teresa (Fdi)	21
Audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo, sull'attività del suo Dicastero a un anno dall'insediamento (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento)		Boldrini Paola (PD)	16
Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i>	3, 11, 17, 19, 21, 24	Bond Dario (FI),	11
Baroni Massimo Enrico (M5S)	23	Carnevali Elena (PD)	22
		Castellone Maria Domenica (M5S)	19
		Cattaneo Elena (Aut (SVP-PATT, UV)),	12
		Cecconi Andrea (Misto-MAIE)	19

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-Civica Popolare-AP-PSI-Area Civica: Misto-CP-A-PS-A; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Noi con l'Italia-USEI: Misto-Nci-USEI; Misto+Europa-Centro Democratico: Misto+E-CD; Misto-MAIE - Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE; Misto-Sogno Italia - 10 Volte Meglio: Misto-SI-10VM.

	PAG.		PAG.
Collina Stefano (PD)	17	Novelli Roberto (FI),	12
De Filippo Vito (PD)	19	Rizzotti Maria (FI-BP),	15
Di Marzio Luigi (M5S)	18	Sileri Pierpaolo, <i>presidente della 12^a Commissione del Senato</i>	19
Gemmato Marcello (FdI)	20	Stabile Laura (FI-BP),	16
Grillo Giulia, <i>Ministra della salute</i>	3	Tiramani Paolo (Lega)	22
Marin Raffaella Fiormaria (L-SP-PSD'AZ)	18	Zaffini Francesco (FdI)	14

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

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, sull'attività del suo Dicastero a un anno dall'insediamento.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo, sull'attività del suo dicastero a un anno dall'insediamento dinanzi alle Commissioni riunite XII della Camera dei deputati e 12^a del Senato della Repubblica.

Ringrazio, 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 la sua presenza.

Ricordo che, sulla base di quanto convenuto con il presidente Sileri e comunicato agli Uffici di presidenza, integrati dai rappresentanti dei Gruppi delle Commissioni, all'intervento del ministro seguirà il dibattito. In una prima fase, avrà luogo un intervento per ciascun Gruppo parlamentare della 12^a Commissione del Senato e per ciascun Gruppo parlamentare della XII Commissione della Camera, per un tempo massimo di cinque minuti ciascuno. Po-

tranno anche intervenire più deputati per Gruppo, sempre nell'ambito dei cinque minuti complessivi. In una seconda fase, potranno svolgersi ulteriori interventi di deputati e senatori, la cui durata sarà stabilita sulla base del tempo residuo a nostra disposizione, considerato che l'incontro odierno dovrà concludersi intorno alle ore 16.

Prego, quindi, tutti coloro che intendano intervenire di comunicare tempestivamente i loro nomi alla presidenza. La replica del ministro avrà luogo in una seduta successiva.

A questo punto, do la parola alla Ministra Grillo.

GIULIA GRILLO, *Ministra della salute*. Grazie, presidente. Buongiorno anche al presidente Sileri. Buongiorno a tutti voi, colleghe e colleghi parlamentari.

Sono molto felice di essere qui oggi per presentarvi una breve relazione per raccontare quello che il Ministero della salute ha portato avanti nel primo anno di questo Governo, di cui mi onoro di far parte, anche grazie al vostro prezioso contributo e al vostro prezioso lavoro.

L'incarico che mi onoro di ricoprire reca in sé la straordinaria missione di tenere insieme un mosaico estremamente eterogeneo nelle sue istanze e nelle sue componenti, ma che ha una finalità che supera ogni tentennamento e ogni esitazione: rispettare e attuare quel diritto alla salute che la nostra Costituzione ci indica come stella polare per ogni decisione che siamo chiamati a prendere. La fatica, ma anche la sfida esaltante, per quanto mi riguarda, è lavorare al disegno di un Paese unito nelle sue politiche di valorizzazione del diritto alla salute, pur nell'eterogeneità degli scenari che ci vengono dalle regioni.

Il ministero è la testa di un organismo che per sopravvivere deve fare funzionare bene ogni parte del sistema, un organismo che necessita di aggiustamenti, ma che non può prescindere dal tenere insieme le parti. Al ministero abbiamo provato a dare un nuovo input per affrontare le non poche criticità del sistema che abbiamo ereditato, con l'unico obiettivo di mettere a disposizione di tutti i cittadini i servizi che chiedono e che — lo ripeto ancora una volta — lo Stato deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in ossequio alla nostra Carta costituzionale.

Con tutte le difficoltà, le complessità, le eccellenze e le criticità, abbiamo ancora un grande Servizio sanitario nazionale, che risponde ogni giorno in modo encomiabile ai cittadini. Per questo voglio ringraziare, insieme a voi, ancora una volta tutte le donne e gli uomini che lavorano con impegno e dedizione « nel » e « per » il nostro sistema sanitario nazionale.

Abbiamo festeggiato i quarant'anni nella sede del ministero a viale Ribotta alla presenza del Presidente della Repubblica, che voglio qui ringraziare personalmente per la grande attenzione che ha per i temi della salute e della sanità. Abbiamo intitolato quella giornata « La sfida continua », perché con questo spirito abbiamo lavorato. Grazie alla loro fatica quotidiana, ancora oggi abbiamo un servizio sanitario che, nonostante le difficoltà, è considerato uno dei migliori al mondo. Per questo mi sono impegnata per promuovere un intervento normativo per contrastare la violenza e le minacce contro gli operatori sanitari, poi diventato un testo su cui già si è espressa la Commissione sanità del Senato e che presto andrà in aula al Senato. Poi passerà alla Camera e cercheremo di arricchirlo, qualora possibile, anche con gli interventi delle opposizioni. Vi chiedo solamente di portare a compimento prima possibile questo disegno di legge che tutto il mondo della sanità attende.

Ringrazio anche il presidente Sileri, perché so che è stato molto impegnato nel cercare di sbloccare la situazione di « stallo » dovuta alla mancata espressione dei pareri da parte delle Commissioni competenti.

Il Paese ha bisogno di una legge che tuteli chi lavora per il diritto alla salute di tutti noi. Non ci possono essere divisioni su questo. Andiamo tutti nella stessa direzione, quella di una società più civile.

Sul tema delle liste d'attesa, come sapete, ho cercato di mettere il massimo impegno. Diciamo che l'ho affrontato di petto, almeno per quelle che sono le competenze che ha oggi il ministero. È una delle prime richieste che i cittadini ci fanno. Non possiamo sottrarci dal provare a trovare una soluzione all'inefficienza che viene da anni di cattiva programmazione. Siamo ancora lontani dal poter dire che su tutto il territorio italiano i servizi sono erogati in modo omogeneo e di qualità. Per questo abbiamo aggiornato il piano per il governo delle liste d'attesa, che era fermo da dieci anni e che è stato approvato dalle regioni nel mese di febbraio. Ora sta diventando realtà in tutto il Paese.

Per avviare il cambiamento, però, ho dovuto innanzitutto chiedere alle regioni i dati e le informazioni sui tempi di attesa e le modalità di gestione delle agende dei soggetti pubblici e degli erogatori privati accreditati. Le risposte ottenute sono state proprio la base per riformulare il nuovo PNGLA (Piano nazionale governo liste d'attesa), il cui obiettivo primario è garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso ai servizi sanitari, anche attraverso l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, rispetto delle classi di priorità, trasparenza e accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri. Tutte le regioni lo hanno recepito con tempestività. Ora tocca alle singole aziende sanitarie elaborare i propri piani attuativi.

Da ottobre abbiamo esteso anche le attività del 1500, il numero di pubblica utilità già operativo presso il Ministero della salute, per fornire informazioni ai cittadini proprio sul nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa. Ogni giorno, dalle 10 alle 16, personale qualificato del ministero risponde alle chiamate, offrendo informazioni qualificate sulle modalità di accesso, il funzionamento e anche per registrare lamentele e criticità sui servizi con-

nessi alle liste d'attesa, segnalazioni che poi vengono elaborate dagli uffici individuati dalla direzione programmazione e trasmesse alle regioni competenti. Molte segnalazioni sono state prese in carico e verificate richiamando direttamente i dirigenti locali alla risoluzione del problema, in alcuni casi, non in tutti, anche con interventi risolutivi.

Per migliorare la situazione, abbiamo stanziato nella legge di bilancio 2019, al comma 510, come ben sapete, 350 milioni di euro per il triennio 2019-2021, a cui abbiamo aggiunto ulteriori 50 milioni. A brevissimo andrà in Conferenza Stato-regioni la proposta di riparto per l'intesa. Questi 400 milioni saranno utilizzati dalle regioni per migliorare le infrastrutture digitali dei CUP e degli altri servizi connessi al funzionamento delle liste d'attesa.

Per chiudere il quadro, sottolineo che proprio una settimana fa, nei tempi previsti dal piano, al Ministero della salute si è insediato l'Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa, composto da rappresentanti del ministero, dell'AgeNaS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), da un rappresentante per ciascuna regione, dell'Istituto superiore di sanità e delle organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute, in particolare Cittadinanzattiva. L'Osservatorio, oltre ad affiancare le regioni per l'implementazione del piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti, oltre che rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare i comportamenti, superando, quindi, le disuguaglianze e rispondendo in modo puntuale ai bisogni dei cittadini. Nella prima riunione a cui ho partecipato ho chiesto al tavolo di procedere con tempi certi, adottando un cronoprogramma con scadenze definite delle loro attività.

Sono certa che presto il Paese vedrà un cambio di passo concreto. In un anno è stato fatto molto, anche se potrò dirmi soddisfatta solo quando tutte le misure saranno a regime e i tempi di attesa effettivamente diminuiranno. Abbiamo lavorato sull'organizzazione dello scheletro. Ora dobbiamo passare all'altro grande tema che riguarda il Servizio sanitario nazionale e

che si lega fatalmente all'erogazione dei servizi: il tema del personale. Non ci giro intorno. Quando ringrazio il personale che ogni giorno lavora nelle corsie dei nostri ospedali, nelle strutture, negli ambulatori, nei territori lo faccio nella consapevolezza delle difficoltà in cui spesso sono costretti ad operare.

Per oltre dieci anni nel nostro Servizio sanitario nazionale le assunzioni di personale sono state effettuate con il contagocce e ora abbiamo i professionisti più anziani d'Europa, mentre i giovani continuano a fare molta fatica a entrare nel sistema per via di un meccanismo di regole e filtri strutturali nell'epoca della cosiddetta « ple-tora medica ».

Anche in questo caso, abbiamo lavorato duramente sin dal primo giorno. Ho fatto dell'impegno di rimuovere l'anacronistico tetto di spesa per il personale, che faceva riferimento al valore del 2004, meno l'1,4 per cento, una mia battaglia personale. Gli errori del passato, gli sprechi e la mala gestione di chi ha male amministrato la sanità venti e passa anni fa non devono impedire al nostro Servizio sanitario nazionale di avere un futuro, ma oggi rappresentano un reale rischio per la tenuta del sistema. Per questo ho lavorato per sbloccare il *turnover*.

Grazie anche al vostro lavoro – tengo a sottolinearlo – ci siamo riusciti con il cosiddetto decreto Calabria. Siamo arrivati all'approvazione dell'emendamento sul personale grazie a un lavoro importante che, nel dicembre scorso, ha portato alla sottoscrizione di un accordo tra Ministero della salute, MEF e regioni per la definizione di una metodologia condivisa finalizzata alla determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Nel testo del decreto Calabria sono contenute altre importanti novità sul personale, all'articolo 11. Abbiamo, di fatto, tolto il blocco del *turnover*, che impediva a tutte le regioni, in particolare a quelle in piano di rientro, di assumere, quindi di garantire il personale per i servizi. Per anni chi è andato in pensione non è stato sostituito. Ora le regioni possono assumere entro il

limite del 5 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. In aggiunta, nel comma 3 si prevede che le regioni possano ulteriormente incrementare i limiti di spesa di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del decreto.

Questa norma permette di mettere la parola « fine » alla precarietà che stava affliggendo il sistema. La spesa per tali servizi è arrivata a oltre un miliardo nelle regioni non in piano e a circa 750 milioni nelle regioni in piano di rientro. Ora queste risorse possono essere usate per assumere il personale a tempo indeterminato oltre il limite del 5 per cento di aumento annuale già previsto sullo stanziamento del fondo sanitario regionale. Tradotto in una frase semplice: già oggi le regioni, tutte, anche quelle più in difficoltà, possono riavviare le assunzioni stabili. Non è stato facile far passare il principio, per me irrinunciabile e su cui non ho desistito, di estendere la norma a tutte le regioni, comprese le regioni in piano di rientro. La carenza di specialisti e di infermieri si può già oggi combattere concretamente, così come il precariato.

Questi sono i fatti. Nessuno, naturalmente, può illudersi di cambiare le cose in un paio di mesi, e neanche in un anno, però il cambiamento è avviato ed è inesorabile. Siamo assolutamente in controtendenza rispetto al passato.

Un passaggio doveroso sul rinnovo del contratto della dirigenza medica, fermo da oltre dieci anni. In questi giorni i sindacati e i medici stanno lavorando all'ARAN (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni) per chiudere finalmente il rinnovo contrattuale 2016-2018. Mi sono impegnata per agevolare il dialogo tra le parti, visto che il Ministero della salute non siede, come sapete, al tavolo delle trattative. Spero davvero che anche questa vicenda si chiuda il prima possibile.

La carenza dei medici specialisti, come di altre figure professionali della sanità, è il frutto avvelenato di errori di programma-

zione, di una miopia devastante rispetto alla situazione del Paese che tocca innanzitutto l'ambito della formazione. Il cosiddetto « imbuto formativo », che intrappola in un eterno presente migliaia di giovani medici abilitati che non riescono a effettuare lo *step* successivo dell'ingresso nelle scuole di specializzazione, è proprio il simbolo, oltre che il risultato, di questa miopia. Per questo abbiamo lavorato a norme con ricadute concrete sia nella legge di bilancio 2019, ai commi 547 e 548, sia nel decreto Calabria, prevedendo non poche novità rispetto alla formazione *post* laurea, sia nell'ambito della specialistica che nell'ambito della medicina generale. Specifico che sull'ambito della specialistica abbiamo fatto un lavoro che tenesse sempre assolutamente come prioritaria la qualità della formazione. Infatti, tutto verrà orchestrato e lavorato d'intesa con le università da parte delle singole regioni.

Per quanto riguarda la medicina generale, anche lì abbiamo ereditato una situazione patologica degli organici, situazione per la quale se, da un lato, la formazione era incompatibile con il lavoro nel Servizio sanitario nazionale, dall'altro, lo stesso servizio sanitario era costretto a incaricare medici senza alcun tipo di formazione *post* laurea pur di garantire i servizi essenziali, come la medicina territoriale e i servizi di emergenza e accettazione.

Inoltre, come primo passo, abbiamo aumentato — come sapete — le borse di specializzazione, portandole a oltre 8.900, un record mai raggiunto, di cui ben 8.000 finanziate con risorse statali e le restanti regionali. Erano 6.200 l'anno scorso. Ne abbiamo aggiunte 1.800 in più. Anche nelle borse di formazione della medicina generale c'è stato un incremento, arrivando a 2.093, con un incremento di 480 unità, ma sottolineo che abbiamo attivato un meccanismo di progressiva messa in formazione di quei medici, i cosiddetti « camici grigi » della medicina generale, che da anni erano già operanti nei servizi per coprire le carenze. Abbiamo superato insensate incompatibilità e oggi i futuri medici di medicina generale possono formarsi e lavorare contemporaneamente. Abbiamo iniziato a la-

vorare a un innovativo modello di formazione e lavoro, che consentirà di porre fine a questo sistema che toglie prospettive certe ai medici e mette a serio rischio l'erogazione dei servizi per i cittadini.

Dobbiamo essere realisti. Ci piacerebbe già oggi garantire a ogni laureato una borsa di specializzazione o, almeno, raddoppiarne il numero, così come ci è stato chiesto. Ci stiamo lavorando, ma deve essere chiaro a tutti che non dipende dal Ministro della salute, o almeno non solo da me, e che la capacità ricettiva del sistema formativo oggi comunque, *sic stantibus rebus*, non lo permetterebbe. Ho più volte sostenuto che il solo aumento dei posti non basta, perché il sistema delle borse ha fatto il suo tempo e va riformato.

Ieri, come sapete, abbiamo parlato - sia io che il Ministro Bussetti, lo aggiungo per inciso - con il presidente della FNOMCeO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), il dottor Anelli, con il quale abbiamo immaginato di costruire un percorso che riassorba i quasi 10.000 medici che partecipano al concorso per accedere alle borse delle scuole di specializzazione e non ci riescono e che, quindi, nell'attesa della maturazione del nuovo sistema di formazione e lavoro, che dovrebbe trovare concretizzazione attraverso il vostro lavoro parlamentare, immagineremo un percorso, con un cronoprogramma, per cercare anche di assorbire questi medici che rimangono nel limbo dell'imbuto formativo. Quindi, cercheremo di prenderlo in carico. Certamente, non basterà l'aumento perché - come dicevo prima - è molto legato alle capacità ricettive delle singole strutture universitarie, che poi sono quelle che, insieme alle regioni in Conferenza Stato-regioni e insieme al Ministro della salute, definiscono il numero delle borse delle scuole di specializzazione per ogni anno.

Ultima, ma non certo per importanza, è la questione delle risorse. La legge di bilancio 2019 aumenta il Fondo sanitario nazionale di 4,5 miliardi nel triennio, importanti risorse incrementalmente al Fondo sanitario nazionale che tengono in considerazione anche i rinnovi contrattuali della

dirigenza medica per il triennio 2019-2021. Proprio ieri il Ministro dell'economia Giovanni Tria, in audizione congiunta, proprio davanti alle Commissioni di Camera e Senato, ha confermato che nella prossima legge di bilancio non ci saranno tagli per la sanità, una dichiarazione che mi conforta e che mi conferma l'impegno del Governo a non toccare le risorse per il nostro sistema. Per quanto mi riguarda, la sanità ha già dato. Abbondantemente, aggiungerei.

Entro, ora, in un tema molto tecnico, quello della *governance* dei farmaci e dei dispositivi medici, un settore prioritario perché l'acquisto di farmaci e dispositivi medici vale da solo il 90 per cento della spesa dei beni in sanità. Per questo, all'indomani del mio arrivo al ministero, ho nominato un gruppo di esperti nel settore dei farmaci e dei dispositivi medici che, coadiuvati dai rappresentanti delle regioni, del MEF e del MISE, hanno redatto due importanti documenti di programmazione: il documento della *governance* del farmaco e quello per i dispositivi medici.

Il primo documento sui farmaci è stato presentato nel dicembre scorso. In poche pagine, gli esperti hanno indicato la direzione da prendere per rendere più attuale ed efficiente il governo di questo settore. All'orizzonte si stanno affacciando numerosi nuovi trattamenti terapeutici che, se realmente innovativi, devono essere messi a disposizione dei pazienti. Per farlo è necessario allocare nel miglior modo possibile le risorse a nostra disposizione. Noi sappiamo che il futuro passa per regole più aggiornate. Per questo, tra i provvedimenti attuati, nella legge di bilancio 2019 vi sono nuove regole per il calcolo del pagamento degli sforamenti ai tetti di spesa in ambito farmaceutico, il famigerato *payback*, con particolare riferimento agli acquisti diretti.

Grazie all'interlocuzione costante che ho avviato presso il ministero, le regioni e l'industria del farmaco hanno trovato un accordo, che ha chiuso oltre sei anni di contenzioso sul *payback*, un passaggio poi sancito nel decreto Semplificazioni. Grazie alla collaborazione di tutti i soggetti coinvolti, è stato possibile recuperare 2,4 miliardi di euro, che finiranno a breve nelle

casce delle regioni, dopo aver trovato l'accordo sul riparto, e che eviteranno pesanti passivi di bilancio.

In tema di principi attivi, va segnalato il lavoro che ha portato alla definizione delle nuove procedure di approvazione dei farmaci. Anche in questo caso, il lavoro svolto dal ministero, AIFA e dalle regioni ha portato alla stesura di un provvedimento di revisione della delibera CIPE di febbraio 2001 che fissa i criteri per la determinazione dei prezzi dei farmaci. Questo decreto al momento è alla firma della Ragioneria generale dello Stato. Dunque, a breve sarà disponibile per l'approvazione definitiva in Conferenza Stato-regioni.

Sulla farmaceutica avrei molto altro da dire. È in dirittura di arrivo il documento, per esempio, che sarà la base dell'aggiornamento del prontuario farmaceutico.

Voglio, poi, fare un rapido passaggio su un'altra importante iniziativa nata nelle stanze del ministero. Nel mese di febbraio ho presentato all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) una proposta di risoluzione sulla trasparenza dei prezzi dei farmaci, oltre che delle attività di ricerca e sviluppo, nonché della condivisione dei risultati dei *trial* clinici. Il 28 maggio questo testo, con le integrazioni richieste da *stakeholder* di tutto il mondo, è stato adottato da 192 su 194 Paesi riuniti nella settantaduesima assemblea mondiale dell'OMS a Ginevra. I sistemi sanitari di tutto il mondo sono chiamati ad affrontare una sfida molto complessa, cioè garantire ai cittadini quanto di meglio la ricerca possa offrire, senza compromettere la sostenibilità dei sistemi stessi. È un cambiamento epocale che si può affrontare solo su scala globale.

Abbiamo messo nel nostro Paese un primo mattone, e credo che di questo dobbiamo esserne tutti molto orgogliosi. Ora si tratta di proseguire su questa strada. Chiedo al Parlamento di affrontare questo tema senza pregiudizi ideologici. Dobbiamo essere consapevoli che la sfida della complessità e dell'innovazione non è solo italiana, ma globale.

Come ho detto, il tavolo della *governance* non si è occupato solo di farmaci. Gli esperti hanno redatto anche un approfon-

dito documento sui dispositivi medici. Anche su questo abbiamo semplificato le norme sul *payback* e attivato le procedure per recuperare le risorse, così come previsto dal decreto-legge n. 78 del 2015. Nello specifico, sono stati condivisi con MEF e regioni due schemi di decreto di ripiano, uno per gli anni dal 2015 al 2018 e l'altro per il 2019. Nelle prossime settimane proseguiremo l'opera, nella speranza che si possano ottenere risultati analoghi a quelli conseguiti nel settore dei farmaci. Ovviamente non sarà semplice, però ci stiamo lavorando con determinazione.

Sempre in tema di dispositivi medici, non vanno dimenticati i lavori portati avanti riguardo alla sorveglianza. Nella legge di bilancio è stata prevista l'attività obbligatoria di tenuta e aggiornamento del registro degli impianti protesici, nonché di dispositivi medici impiantabili. In proposito, si segnala dopo anni l'avvio del registro delle protesi mammarie. L'Istituto superiore di sanità sta lavorando, insieme alle regioni, per dare seguito a quanto previsto al comma 558 della legge di bilancio 2019 su obbligatorietà e aggiornamento dei registri.

Infine, permettetemi anche un piccolo vanto nazionale. La Commissione europea ha deciso di adottare il nostro sistema di classificazione nazionale dei dispositivi medici come nomenclatore per la banca dati a livello europeo. Si tratta di un successo importante che dobbiamo riconoscere al nostro ministero e ai nostri dirigenti e funzionari che ci hanno lavorato.

Passando al tema della ricerca, per me fondamentale, perché ci proietta nel futuro, voglio subito fermare una discontinuità importante. Abbiamo ripreso a finanziarla. Nella nostra prima legge di bilancio, al comma 543, abbiamo previsto incrementi pari a 45 milioni nel triennio, 10 nel 2019, 15 nel 2020 e 20 nel 2021, a cui vanno aggiunti i 10 milioni per il 2019-2020 e altri 10 milioni per la prevenzione cardiovascolare.

Ho deciso, inoltre, di assegnare i fondi di gestione risparmiati dal ministero proprio alla direzione della ricerca. Probabilmente, lo stesso faremo anche per quest'anno. Ho voluto, così, dare un segnale

ben preciso di attenzione proprio alla ricerca come patrimonio per il futuro del nostro sistema sanitario.

Un altro significativo risultato di questo primo anno di lavoro è l'approvazione del meccanismo della piramide dei ricercatori, che permette di essere assunti prima a tempo determinato e poi a tempo indeterminato anche ai titolari di borse di studio erogate dagli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) pubblici e dagli Istituti zooprofilattici sperimentali a seguito di procedura selettiva pubblica. Nei ventuno IRCCS di diritto pubblico operano oltre 5.000 ricercatori, di cui circa la metà con contratti di lavoro atipici, privi di tutele da molti anni. Si tratta di professionisti con grandi competenze, con importante e qualificata produzione scientifica.

Grazie alle nuove norme, si mette fine al precariato anche per la ricerca sanitaria. Sempre per il settore della ricerca, stiamo lavorando per dare attuazione a quanto previsto nella delega di cui all'articolo 1, commi 1 e 2, della legge n. 3 del 2018 in materia di sperimentazione clinica. Ho chiesto agli uffici del Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanità e ad AIFA di lavorare per poter dare al sistema della ricerca norme chiare che permettano all'azienda dei farmaci e dei dispositivi medici di effettuare in Italia sperimentazioni che possano apportare al nostro sistema sviluppo e innovazione. Da questo punto di vista, alcune iniziative le abbiamo già compiute. Valgano come esempio gli investimenti che abbiamo deciso nell'ambito della medicina rigenerativa, quella — per intenderci — che si basa sull'individuazione delle malattie genetiche e sulla cura del difetto genetico.

Sempre in legge di bilancio, al comma 223, sono stati destinati 5 milioni l'anno agli IRCCS della rete oncologica del Ministero della salute impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cell). Sempre presso il Ministero della salute, in questo caso con la collaborazione delle regioni, abbiamo predisposto il progetto « Italia CAR-T » con l'obiettivo di sviluppare in Italia una rete nazionale in grado di effettuare

attività di ricerca, produzione e trattamento dei pazienti affetti da patologie tumorali eleggibili alla terapia genica CAR-T-Cell, stanziando 60 milioni di euro. È in atto un'interlocuzione tra la direzione della programmazione e la Conferenza Stato-regioni, che deve indicarci quali saranno i centri presso i quali cominciare l'attività di elaborazione della terapia.

Sui vaccini un passaggio è d'obbligo. Come tutti voi sapete, ho sempre ritenuto che la legge Lorenzin, nata come decretazione di urgenza in tema di vaccinazioni, non affrontasse aspetti di sistema quali il potenziamento dei servizi vaccinali, il reale funzionamento dell'anagrafe nazionale, l'uso delle attività della comunicazione e informazione per sensibilizzare l'opinione pubblica. Quest'anno ho lavorato per colmare alcune di queste lacune. In legge di bilancio, al comma 585, abbiamo previsto lo stanziamento di 2 milioni di euro per l'anno 2019 e 500.000 euro a regime da mettere a disposizione delle regioni per raccogliere in modo uniforme i dati mediante le anagrafi vaccinali regionali. Proprio ieri è stato firmato il decreto di riparto delle risorse, che presto sarà pubblicato in *Gazzetta ufficiale*.

L'anagrafe nazionale vaccinale da qualche mese è realtà e permette alle anagrafi regionali di dialogare e aggiornare i dati sulle coperture vaccinali, una conquista importante per tenere alta la guardia sul livello di coperture che l'OMS ci chiede di tenere oltre il 95 per cento. Un esempio concreto dell'importanza di avere banche dati che dialoghino tra loro è che quest'anno le ASL e le scuole stanno collaborando per verificare che gli studenti abbiano effettuato le vaccinazioni, ai sensi della normativa vigente, semplificando la vita alle famiglie. Abbiamo lavorato da subito per attivare il NITAG (National Immunization Technical Advisory Group), il tavolo di lavoro composto da esperti indipendenti, istituito il 23 agosto 2018, al quale sono affidati i compiti di supporto tecnico alla definizione delle politiche vaccinali nazionali.

La settimana scorsa abbiamo completato l'aggiornamento del piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia

congenita per colmare un altro ritardo presente nel nostro Paese. Infatti, per contrastare l'epidemia di morbillo ancora in corso nel nostro Paese, è necessario, oltre alla vaccinazione dei nuovi nati, offrire attivamente la vaccinazione ai giovani adulti ancora suscettibili e non vaccinati negli anni scorsi. Questa offerta richiede uno sforzo organizzativo e comunicativo straordinario.

In Commissione al Senato si sta lavorando a una nuova legge e sono sicura che l'esame porterà a un testo condiviso che supererà le leggi in vigore. Sono convinta che su questi grandi temi la parola spetti al Parlamento. Il Ministro della salute vigilerà affinché il nuovo provvedimento garantisca e tuteli la salute di tutti, a partire da quella dei più fragili.

Dulcis in fundo, chiudiamo con le politiche di programmazione e investimento. Sul tema della certezza delle risorse abbiamo già parlato prima. Voglio, però, ricordare che per gli anni 2020 e 2021 l'accesso delle regioni all'incremento di 3,5 miliardi del fondo sanitario nazionale è subordinato alla stipula di una specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che il dibattito pubblico chiama « Patto per la salute », in cui devono essere contemplate misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure, dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.

L'intesa — come sapete, non lo nascondo — avrebbe dovuto chiudersi entro il 31 marzo 2019, ma le interlocuzioni con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano stanno ancora proseguendo per arrivare a un documento condiviso. Non vi nego, ovviamente, che vi sono state delle difficoltà e che queste interlocuzioni stanno servendo proprio a superarle.

Ho voluto, inoltre, aprire alle proposte degli *stakeholder* interessati una maratona di ascolto. Anche grazie ai contributi giunti in questi tre giorni, sono sicura che arriveremo a chiudere un Patto per la salute che restituisca alla sanità una centralità nelle politiche del Paese.

Visto che sto parlando di Patto per la salute, sottolineo che uno spazio importante sarà riservato anche agli investimenti. Il rapporto della Corte dei conti ha giustamente evidenziato una contrazione degli investimenti in questo ambito negli ultimi anni. Anche qui, abbiamo invertito la rotta. In legge di bilancio 2019, al comma 555, sono state aumentate di 4 miliardi — passando da 24 a 28 — le risorse del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico in ambito sanitario. Non solo. Sempre la stessa legge, al comma 95, ha messo a disposizione del sistema sanitario 900 milioni per affrontare questioni legate alla sicurezza delle strutture antisismica e antincendio.

Rimane una questione, che però non possiamo sottacere. In questi anni, l'efficientamento della spesa ha comportato molto spesso la depauperazione delle risorse umane nelle aziende dei vari sistemi sanitari regionali. Il risultato è stata una mancanza di capacità di programmazione e progettazione, che ha contribuito ad avere la situazione che tutti oggi conosciamo.

Nel Patto per la salute abbiamo inserito un articolo che prevede l'istituzione di una cabina di regia con il compito di censire tutte le fonti di finanziamento a qualunque titolo disponibili in ambito sanitario e definire così le priorità di investimento in modo uniforme sul territorio nazionale e orientarne le risorse in coerenza con gli obiettivi strategici individuati.

Abbiamo rinnovato anche il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici che ho incontrato ieri, ringraziandolo per il grande lavoro che hanno fatto, perché sono riusciti veramente a riunirsi come mai, almeno così mi è stato detto, precedentemente e hanno fornito pareri positivi per la sottoscrizione degli accordi di programma per l'edilizia sanitaria per la Campania e per la Puglia e a breve anche saranno firmate le intese per sbloccare oltre un miliardo per la Campania, oltre 300 milioni per la Puglia e quasi 270 milioni per la Sicilia e presto seguiranno anche tutte le altre regioni.

Stiamo lavorando per meglio monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e per questo il 13 dicembre 2018, come sapete, è stata siglata l'intesa con le regioni per avviare il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, un sistema descrittivo di valutazione e monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata dai soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni comprese le regioni a statuto speciale.

Abbiamo istituito nelle scorse settimane la cabina di regia del sistema informatico NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario) per dare inoltre attuazione delle politiche di digitalizzazione del sistema sanitario.

Sulla telemedicina il gruppo di lavoro ha già individuato un metodo per la mappatura delle esperienze di *e-health* a livello regionale in modo da valorizzare lo scambio delle buone pratiche. È stata avviata la predisposizione dello schema di regolamento, che dovrà disciplinare gli ulteriori contenuti del fascicolo sanitario elettronico.

Nelle settimane scorse il Garante della privacy ha dato il via libera per la gestione dei dati personali che sono già presenti nel fascicolo. Mi auguro, quindi, che anche su questo provvedimento si passi presto alla concreta attuazione.

Sulle disposizioni anticipate di trattamento sto per trasmettere un'ulteriore e spero ultima versione di regolamento che tiene conto delle richieste formulate dai comuni. Spero ultima nel senso che spero si concluda il lavoro. Un anno di lavoro è molto di più di quello che si può scrivere in poche pagine di una relazione, però ho voluto fortemente essere qui oggi perché sono convinta che il Parlamento abbia diritto di ascoltare dalla viva voce del Ministro della salute quello che ha portato avanti e perché poi, ovviamente, ho il dovere di rispondere alle vostre importanti domande e sollecitazioni.

Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie, ministro. A questo punto dichiaro aperto il dibattito con le

modalità che vi ho già ricordato. Cominceremo con gli interventi da parte dei senatori. Però, su richiesta di due deputati di Forza Italia, gli onorevoli Bond e Novelli, se nessuno ha nulla in contrario, poiché hanno un'urgenza, li farei intervenire adesso per poi passare ai senatori e poi ai deputati. Avete cinque minuti da dividervi, quindi due minuti e mezzo ciascuno.

DARIO BOND. Ringrazio il ministro. In parte, su alcune cose, condivido la sua relazione. Ci sono dei punti sui quali mi trova anche d'accordo. Inizierei, però, ministro, con un passaggio importante che riguarda tutti noi, purtroppo aggiungo, che è la rete delle cure palliative. Lo dico perché arrivo da un convegno fatto in Veneto dove la proiezione di una *slide* ha mostrato che la realtà in Italia della rete delle cure palliative è drammatica. Noi abbiamo fatto una bellissima indagine conoscitiva in XII Commissione e ringrazio tutta la Commissione e la presidente, però se noi guardiamo la proiezione della presenza e dell'efficacia della realtà delle cure palliative in Italia, abbiamo delle lacune terribili. In alcune aree c'è solo il volontariato. In altre, ci sono delle aziende regionali che fanno un buon lavoro. In altre si è nella casualità totale. Purtroppo, molte persone muoiono in ospedale con una quantità di analisi, di attività inappropriate e anche con una sorta di continuità, di *routine* di analisi fatte ogni volta che vengono ricoverati che, oltre a essere un costo, « gridano vendetta » rispetto alle persone che stanno male.

Vorrei capire dal ministro, dalla sua struttura, cosa avete intenzione di fare. Non è una critica. Mi rendo conto che è una situazione che sta evolvendo purtroppo ancora in senso peggiorativo, non in senso migliorativo. La prima domanda è questa.

La seconda. Lei ha usato un termine che io condivido in pieno: « imbuto formativo ». Tantissimi medici sono abilitati, però non hanno lo sbocco della specializzazione. Sono state aumentate le borse, ed è questo il punto che io condivido della sua relazione, è stato fatto un sacrificio da parte del Parlamento, da parte del Governo nel met-

tere più soldi, e questo vi fa onore, però aggiungo anche, e lei nel suo intervento lo ha sfumato, insieme al suo collega ieri con cui avete fatto un incontro, che ci saranno ancora moltissimi medici che non troveranno sbocco.

Forza Italia ha fatto un'iniziativa legislativa, ha proposto una iniziativa di questo genere, di creare una sorta di doppio canale. Lei lo sfumava prima. Una sorta di percorso formativo all'interno di ospedali accreditati tale per cui non bastando le borse di specializzazione... Anche questo condiviso, le borse di specializzazione sono superate. Lo strumento delle borse di specializzazione, gestito così com'è gestito dalle università, è in parte superato. Perché non creare, in maniera trasversale, senza la bandiera politica, una sorta di rete di ospedali accreditati che possano ospitare questi medici a formarsi? Vengono pagati, vengono provati, vengono accreditati, vengono provate le loro qualità e poi da un certo punto di vista, dopo un numero di anni, hanno la possibilità di realizzare la loro specializzazione, il loro sogno.

Finisco con una battuta un po' frivola. Cosa pensa lei della legge n. 242 del 2016, la legge sulla canapa? C'è una confusione totale sul mercato italiano e c'è un mercato mondiale che sta crescendo a doppia cifra. Volevo capire da lei la posizione del ministro.

ROBERTO NOVELLI. Signor ministro, grazie della relazione. Anch'io sono d'accordo con l'onorevole Bond. Nella sua relazione lei ha detto delle cose che sono assolutamente condivisibili, ma mi permetta una certa diffidenza, visto anche il rapporto che c'è stato sino ad oggi con l'opposizione, che alberga in noi.

Lei ha parlato di diversi temi, tutti molto importanti. Ha parlato, ad esempio, del disegno di legge sulla violenza contro gli operatori sanitari. Questo, in qualche modo, è stato uno « scippo » al Parlamento, perché il Parlamento ben prima che lei se ne occupasse aveva già provveduto a presentare diverse proposte di legge sia al Senato sia alla Camera, che non sono state prese in considerazione. Lo dico semplicemente perché il potere esecutivo dovrebbe rispettare

un po' di più anche i lavori parlamentari, e qui mi fermo, anche se ci sarebbero altre cose da dire.

Mi ripeto un po' su quanto ha detto, sui fondi per il Servizio sanitario nazionale. La prossima legge di bilancio si preannuncia una legge di bilancio molto dura. Dovrete trovare risorse per 40-50 miliardi. Avete promesso molte cose, non so se riuscirete a farle. Sta di fatto che quando si devono cercare risorse così importanti il tutto, inevitabilmente, si traduce solitamente o in una riduzione dei servizi o in un aumento delle tasse.

Lei ha ricordato subito nella sua relazione che ieri il Ministro Tria ha escluso categoricamente ogni possibile taglio alle spese della sanità e alle spese sociali, di cui mi sembra che comunque in questa relazione non sia stato detto molto.

Tuttavia, ha aggiunto che sono spese che dovranno essere razionalizzate. Chi ha un po' di esperienza sa perfettamente che sono troppi anni che le rassicuranti parole legate alla razionalizzazione della spesa sono normalmente state concretizzate e hanno coinciso con dei tagli.

Visto il poco tempo che ho a disposizione, le chiedo questo. Non vorremmo che per mantenere invariato il finanziamento al Servizio sanitario nazionale, cosa peraltro doverosa, si chiedesse un contributo straordinario alle regioni e agli enti locali per la finanza nazionale. È un film che abbiamo visto già troppe volte in questi anni e che si traduce sempre in una riduzione delle risorse destinate alla sanità in concomitanza con le spese, naturalmente, che devono sostenere le regioni.

La domanda è secca dopo tutta questa premessa: lei si impegna a escludere i tagli alla nostra sanità pubblica e anche che non ci siano delle ricadute sulla compartecipazione della spesa nelle regioni, che poi si traducono a livello locale in riduzione di servizi e in aumento dei costi?

ELENA CATTANEO. Grazie mille, ministro, della sua relazione. Ho un paio di commenti e una domanda. Il primo commento riguarda la sua citazione della questione dei vaccini. Voglio davvero esprimere il mio apprezzamento per lo sforzo verso

l'anagrafe vaccinale e anche le parole che ci ha ricordato oggi, l'attenzione verso i livelli di copertura. Raggiungere i livelli di copertura è l'obiettivo. Proprio per questo penso, magari mi ripeto, che l'approccio migliore, l'approccio più sensato alla discussione sui vaccini sia quello di attendere che finisca il triennio di efficacia dell'attuale legge per poi lasciare alle autorità sanitarie la possibilità di monitorare l'efficacia di quella legge e solo a quel punto decidere se mantenere o meno l'obbligo. Penso che questo davvero possa anche andare in linea con l'attenzione sui livelli di copertura, ma dobbiamo misurarli, quindi dobbiamo attendere la fine di questo primo triennio.

Secondo commento. Nel suo intervento lei ha citato più volte la parola « ricerca ». Ovviamente, è un argomento a cui siamo in molti sensibili. Lei ha perfettamente ragione a citare la ricerca clinica dei nostri IRCCS, perché è davvero fenomenale e splendida. Lei ha detto che state investendo di nuovo in ricerca. Quei numeri sono piuttosto limitati se uno vuole investire in ricerca, ma sono dei piccoli passi. A questo proposito volevo solo suggerire magari di includere in questo suo quadro della ricerca pubblica e sanitaria italiana anche l'investimento che viene fatto nell'area ex Expo, quindi presso lo Human Technopole, dove, a fronte di quei numeri in fondo faticati e limitati che lei ha citato per la ricerca clinica dei nostri IRCCS, ricordo ai colleghi senatori e deputati che a Human Technopole sono stanziati per legge oltre 100 milioni all'anno per sempre per la ricerca pubblica, con un forte interesse a quella sanitaria e clinica.

Siccome il Ministero della salute ha un ruolo, ovviamente, nella definizione di quel che avverrà lì, penso che includerlo in questo suo quadro sia importantissimo per il Ministero della salute, ma anche, ovviamente, per l'intero Paese e la ricerca dei nostri ospedali.

Il terzo punto è una domanda, che riguarda questo avvenimento della scorsa settimana in Francia, questa che ritengo un'importante decisione del Governo francese in tema di salute. Il Ministero della salute aveva posto una domanda all'Auto-

rità sanitaria nazionale relativa alla liceità di rimborsare preparati sanitari privi di efficacia terapeutica. Ovviamente, la domanda era riferita ai prodotti omeopatici. Questa analisi dell'Autorità sanitaria francese è durata un bel po', è durata un anno. È un'analisi su vasta scala di tutta la letteratura scientifica con un dibattito pubblico. C'è stata una decisione ferma. La decisione ferma dell'Autorità sanitaria, del ministro e del Governo francese è stata per la cessazione del rimborso che partirà dal 2021.

Questo fa ancora più specie se pensiamo che la Francia è la patria della multinazionale Boiron, un colosso mondiale. Paradossalmente è interessante anche da un punto di vista politico il fatto che la Francia in fondo decida contro i propri interessi commerciali per proteggere gli interessi dei cittadini. Questo risparmio di denaro pubblico, quindi, avverrà in Francia.

In Italia c'è una stima della Fondazione Gimbe del 2017 che dice che le detrazioni IRPEF di prodotti scientificamente privi di evidenze terapeutiche, tra cui i prodotti omeopatici, raggiungono circa i 50 milioni di euro all'anno. Non è una piccola cifra, ancora di più pensando ai numeri che lei citava prima. Se leggiamo le notifiche e le informazioni della Federazione nazionale dell'Ordini dei medici continuano a dirci che non ci sono prove scientifiche, né plausibilità biologica circa la fondatezza di questi preparati, di queste teorie.

Lo stesso Istituto superiore di sanità sul suo portale continuamente sottolinea come l'omeopatia e altre pratiche alternative, complementari e non convenzionali si basino su principi mai dimostrati scientificamente.

Vengo alla mia domanda. A valle dell'esperienza francese e delle autorevoli considerazioni anche delle nostre autorità sanitarie, mi chiedo se non ritenga opportuno operare affinché le risorse pubbliche destinate in via diretta o indiretta, ad esempio, anche a questi preparati omeopatici o comunque preparati privi di efficacia scientifica, possano essere recuperate, pensando alla difficoltà continua di assegnare in modo ottimale le risorse pubbliche, e magari destinarle, ovviamente, ad altro. Si parlava

delle borse di specializzazione. Potrebbero essere destinate a finanziare nuove borse.

La domanda è proprio se non è il caso di fare anche in Italia, con il suo ministero, una riflessione su questa erosione del denaro pubblico per pratiche che non hanno nessuna evidenza scientifica. Grazie.

FRANCESCO ZAFFINI. Grazie, ministro. La tentazione di fare tante domande è forte. Potrei partire, ad esempio, da questa circostanza dell'Osservatorio per le liste d'attesa che lei ha citato, dal quale è stato escluso completamente il comparto del privato, sia per quello che attiene alla sanità sia per quello che attiene al comparto assicurativo, che, invece, potrebbe dare una mano significativa alla riduzione delle liste d'attesa. Potrei chiedere qualcosa su questa decisione sulla riduzione dei punti nascita tirando fuori una decisione assolutamente discutibile e facendo di tutta tua minestra un brodo, nel senso che ci sono punti nascita in località disagiate che andrebbero evidentemente considerati diversamente.

Vorrei chiedere anche che cosa ne è delle risorse non utilizzate dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, quelle delle regioni del sud, tutto il pregresso. Un'altra domanda che vorrei fare è cosa ne è della revisione del prontuario farmaceutico che aveva annunciato e del quale non si sono più visti gli sviluppi. Solo per sapere.

Qualora queste domande siano anche nelle domande dei colleghi, magari il ministro ne potrebbe anche parlare.

Mi vorrei concentrare su un paio di macro problemi, che sono i problemi ai quali un ministro, dopo un anno di approccio, deve cominciare a lavorare. Parto dal grande problema delle regioni del sud. Noi abbiamo depositato una richiesta di Commissione d'inchiesta sulle regioni del sud. Mi risulta che altri partiti abbiano depositato analoga richiesta, tra i quali il suo partito.

Volevo capire, ministro, qual è la sua posizione rispetto alla ipotetica possibilità di costituire un gruppo di lavoro che vada ad analizzare cause ed effetti che, evidentemente, però, a prescindere dal fatto sud-nord, coinvolgono un po' anche tutto l'approccio del Servizio sanitario nazionale, un

tagliando al Servizio sanitario nazionale dopo quarant'anni su alcuni macro problemi che sono assolutamente evidente a tutti, come, appunto, per esempio, quello delle liste d'attesa.

Volevo capire se, ministro, lei ci dà una mano per avviare veramente un ragionamento a partire dal Parlamento, a partire in questo caso dal Senato, ma può essere anche evidentemente una Commissione bicamerale — noi l'abbiamo presentata come monocamerale, ma non è assolutamente questo il punto — per affrontare il tema di queste due Italie. C'è ormai un retaggio quasi assurdo; ci siano dati sulla mortalità con cinque anni di differenza fra chi ha la fortuna di nascere al nord, che peraltro è la parte più industrializzata dell'Italia, e quindi teoricamente che dovrebbe avere una salubrità inferiore rispetto al sud, e dove, invece, si vive di più, rispetto ai residenti o a chi ha la fortuna di nascere, o sfortuna in questo caso, in Calabria o in Campania o in Sicilia.

In tutta la prima parte del suo intervento si è concentrata sulla necessità di omogeneizzare l'accesso ai servizi, la disponibilità di cura. Ha citato il termine « eterogeneità ». Credo che sia ben più di una eterogeneità.

In qualche passaggio dei nostri incontri in Senato, ministro, ho già usato questo termine. Credo che siano veramente « due Italie », una civile e una incivile, perché noi non possiamo regalare cinque anni a un italiano e toglierne altrettanti a un altro, a quarant'anni dal Servizio sanitario nazionale.

Ministro, credo che una volta passato il primo approccio, una volta verificato che cosa succede nel suo dicastero, questa sia veramente la cosa più importante a cui bisogna lavorare, cioè rendere omogenei i dati di mortalità, rendere omogeneo l'accesso alle cure. Abbiamo parlato recentemente in Senato dell'utilizzo di queste risorse che sono disponibili ormai da anni sui nuovi impianti di radioterapia oncologica. La causa principale di mortalità sono evidentemente, come lei sa perfettamente, le malattie oncologiche.

Al sud questi impianti hanno bisogno di essere rinnovati, sono obsoleti. Su questo in particolare, ministro, vorrei che lei cortesemente mi rispondesse. Che cosa ne pensa lei di istituire un gruppo di lavoro per valutare che cosa accade in questa mezza Italia.

PAOLA BINETTI. Ho due considerazioni molto veloci. I diritti quando ci sono dovrebbero essere esigibili, mentre, molte volte, non è così. In questo momento mi riferisco ai pazienti affetti da malattie rare, che sono in attesa del famoso Piano nazionale delle malattie rare.

Ministro, sto seguendo e monitorando questa cosa con una certa attenzione. So che la prima riunione è stata fatta il 20 marzo, la seconda il 12 luglio. Mi rallegro, però, penso che se andiamo di questo passo forse sinceramente nella migliore delle ipotesi questa legislatura finisce prima e il Piano nazionale, come è successo anche l'altra volta scorsa, perché è scaduto nel 2016, non lo avremo. So che le sta a cuore questa questione.

In secondo luogo, sempre nel Piano nazionale nuovo chiedo a voi di avere la giusta attenzione ai bisogni sociosanitari dei malati rari. I malati rari non possono usufruire spesso di farmaci *ad hoc*. Hanno diritto a tutti i mezzi terapeutici che in qualche modo contribuiscono alla loro qualità di vita.

Ho una domanda velocissima. Ministro, due o tre anni fa, in una battaglia assolutamente condivisa rispetto alla legge sull'autismo, si disse che l'applicazione della legge era subordinata a due cose: avere i LEA (livelli essenziali di assistenza), e questi li abbiamo, anche se i contenuti poi non sempre corrispondono a tutti i bisogni, però ci sono, e avere le linee guida che avrebbe dovuto firmare l'Istituto superiore di sanità.

Anche su questo, ministro, possono passare anche altri due anni. I bambini da piccoli possono diventare grandi. L'altro giorno qui abbiamo audito PizzAut e Il Tortellante; un'esperienza, le assicuro, veramente commovente. Possiamo continuare così, ma questo non significherà essere

andati incontro ai bisogni dei soggetti autistici.

MARIA RIZZOTTI. Grazie, ministro, del tempo che ci dedica.

La prima domanda la faccio a nome del senatore Siclari che non può essere qui. Al momento del suo insediamento, signor ministro, le avevamo chiesto di riferire circa la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e lei non ha risposto. Anzi, con la legge di stabilità avete ridotto le risorse al Sistema sanitario nazionale.

Oggi si pone un problema di sostenibilità assistenziale del Sistema sanitario nazionale perché manca il personale medico e paramedico per offrire l'assistenza sanitaria. Le chiediamo, quindi, di aumentare il numero degli accessi alla facoltà di medicina e chirurgia e alle scuole di specializzazione delle professioni sanitarie per ampliare l'offerta di assistenza sanitaria.

La mia domanda riguarda la cannabis. Già il collega Bond ha anticipato qualcosa, ma l'allarme lanciato prima dal parere del Consiglio superiore di sanità, che sostiene che siano attivate nell'interesse della salute individuale e pubblica e in applicazione del principio di precauzione misure atte a non consentire la libera vendita dei prodotti contenenti o costituiti da inflorescenze di canapa vendute nei cosiddetti « canapa shop » e la successiva sentenza delle Sezioni penali della Corte di Cassazione che ha dichiarato illegale la commercializzazione della cannabis light ci porta, a mio avviso, a rivedere la normativa per non consentire la libera vendita di questi prodotti.

La Cassazione ha affermato che l'uso e la produzione deve essere solo per l'industria, non uso umano, indipendentemente dalla percentuale di prodotto attivo di tetraidrocannabinolo.

Lei, prima dell'espressione del parere del Consiglio superiore di sanità e della sentenza dello scorso luglio, aveva dichiarato che a proposito dei cosiddetti « canapa shop » non bisognava dare informazioni sbagliate in quanto in questi negozi non si vendeva droga.

Vorremmo sapere se ha cambiato idea e se ritiene che non sia il caso di intrapren-

dere uno scrupoloso e immediato approfondimento da parte di tutti gli organi parlamentari. Sempre per quello che riguarda il tema della cannabis, sappiamo che il 12 luglio dello scorso anno è stato pubblicato il decreto di aggiornamento dell'elenco dei medicinali di cui all'allegato 3-bis del DPR n. 309 del 1990. È vero che era un provvedimento atteso da molto tempo, dato che permetterà a più pazienti di ricorrere alla terapia del dolore, ma al di là del fatto che coloro che si occupano di terapia del dolore, cioè i medici professionisti, sono tutti dell'idea che l'uso della cannabis terapeutica per la terapia del dolore non sia particolarmente efficace, mentre è molto utile nei casi di epilessia e spasticità.

Considerato che ci sarà una maggior flessibilità nella prescrizione di medicinali di origine vegetale a base di cannabis, che potranno essere anche trasportati dagli operatori sanitari, come si provvederà a maggiori controlli al fine di evitare l'abuso e l'uso da parte di chi non ne dovrebbe usufruire?

LAURA STABILE. Grazie, ministro. Vorrei porre l'attenzione sul problema del sistema 118, sistema di emergenza territoriale. Negli ultimi anni ci sono stati importanti cambiamenti riguardanti l'introduzione del numero unico (112) e i l'accorpamento delle centrali non più di dimensione provinciale, come previsto finora dalla normativa.

È un approccio che forse non abbiamo ancora affrontato in questo senso. Ogni giorno, o quasi, leggiamo dalle cronache di episodi anche gravi, anche letali, in cui ci sono stati ritardi, disservizi, localizzazioni sbagliate degli interventi di soccorso.

In base alla metodologia della gestione del rischio, il *risk management* in sanità, episodi di questo genere corrispondono a eventi sentinella che richiedono un'analisi sul singolo episodio al fine di intraprendere necessarie azioni correttive.

Ora chiedo su questi episodi che dati abbiamo, cosa sappiamo degli eventi sentinella, cosa hanno riguardato, che tipo di problemi hanno fatto emergere e quali sono

state le azioni correttive effettuate o eventualmente da effettuare.

Seconda, brevissima domanda. Il Ministro ha parlato della stabilizzazione dei precari della ricerca, mi sembra che almeno una parte di questi sarà assunta nel comparto sanità e non con la dirigenza. Trattandosi di medici, chimici e biologi, chiedo conferma di questo fatto, il possibile inquadramento nel comparto, e se sia previsto qualche intervento per portarli alla dirigenza successivamente.

PAOLA BOLDRINI. Ringrazio la Ministra Grillo per la sua relazione, secondo me giustamente doverosa dopo oltre un anno Governo. Suggestisco solo di non stare sempre a lamentarsi «abbiam trovato disastri», perché il nostro Sistema sanitario nazionale ce lo invidiano in tutto il mondo!

Passiamo ora a qualche riflessione e a qualche domanda, una riflessione innanzitutto per quanto riguarda le liste d'attesa. Si è pensato di mettere fondi e soprattutto per quanto riguarda l'informatizzazione, però credo che cozzerà molto con il fatto che «Quota 100» svuoterà i servizi, per cui anche se abbiamo un sistema informatico che ci permette di avere un buon sistema di individuazione dei posti nelle liste d'attesa, dopo non avremo il personale, perché purtroppo non è stato tenuto in considerazione cosa sta succedendo davvero, le persone che andranno in pensione stanno tantissime e non mancano solo gli specializzandi.

Veniamo al fatto di avere una garanzia, la garanzia che ha dato il Ministro Tria, di sostenere la sanità evitando tagli. Considerato che noi abbiamo avuto solo una bozza del Patto della salute, il cui articolo 1 diceva che i fondi del Sistema sanitario erano garantiti salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico. Mi auguro che questo articolo 1 sia stato stralciato, perché altrimenti non andremo a finire bene con il nostro Sistema sanitario nazionale, anche perché abbiamo necessità di avere una programmazione anche per tutto quello riguarda il farmaco.

La *governance* del farmaco è molto importante nel Patto per la salute, ma siamo ancora in attesa di avere il presidente di AIFA, che ancora non è stato nominato sebbene siano passati tanti mesi, altra domanda cui mi aspetto di avere risposta.

Anch'io mi riferisco all'imbuto formativo, perché abbiamo ricevuto giovani medici che si vorrebbero specializzare, ma purtroppo non ne hanno la possibilità. So che lei ha avuto un incontro con il Ministro Bussetti, ma mancava la terza persona, il Ministro Tria, perché è necessario garantire le borse di studio perché lo *status quo* è questo, quindi attraverso le borse di studio potremo avere futuri specializzandi, e senza il sostegno del Ministro Tria non ce la possiamo fare. È vero. Ci sono 8.000 borse più le 900 garantite dalle regioni, anche se sono in diminuzione, però per rispondere alle necessità (i dati ci sono perché sono stati raccolti in maniera pedissequa) ne mancherebbero altre 2.000.

Quest'anno faremo una battaglia (lo abbiamo promesso ai nostri giovani medici, futuri specializzandi) per avere ulteriori 250 milioni, che si andranno a stabilizzare negli anni, perché si vorrebbe coprire una rete formativa che garantisca 11.000 borse di studio. Questo è quello che noi chiederemo, chiediamo se anche lei si sentirà di aiutarci in questa battaglia, perché ritengo che una programmazione debba essere fatta non solo sul numero di borse di studio, ma anche in base ai bisogni della popolazione, perché sappiamo tutti che siamo un Paese che sta invecchiando. È opportuno, quindi ristabilire le esigenze anche dal punto di vista programmatico, insieme ovviamente anche al MIUR, perché le Scuole di specializzazione sono gestite dal MIUR, con più compartecipazione fra i tre Ministeri, perché se MIUR e Ministero della salute individuano delle esigenze, poi qualcuno le deve sostenere.

Chiediamo questa sua importante presa di posizione, quindi fondi garantiti perché il Patto per la salute che dovrà condividere anche con le regioni va per le lunghe, anche perché tra tavoli e cabine di regia non so quando arriveremo alla fine, mi auguro un buonissimo lavoro, però si sta allungando

tantissimo, quindi gli impegni che chiediamo sono quelli di garantire le borse di studio e mantenere i finanziamenti del Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Lo dico adesso perché valga per tutti, senatrice: voi avevate cinque minuti, ma ha parlato più di quattro minuti, quindi a questo punto al senatore dovrei dare i secondi rimanenti. Per evitare che io faccia discorsi del genere perché mi dispiace, vi chiedo di darci tutti una regola, perché se utilizzo un metodo, deve essere uguale per tutti. Solo per chiarire, perché poi c'è anche la possibilità di intervenire dopo.

A questo punto darò al senatore Collina un minuto e poi il Partito Democratico come tutti gli altri Gruppi dopo il primo giro di interventi potrà nuovamente intervenire. Questo ovviamente vale per tutti. Scusate la rigidità, però dobbiamo darci una regola.

STEFANO COLLINA. Grazie, ministro, perché la possibilità di fare una verifica è sempre positiva, però volevo darle la possibilità di uscire dal *loop* delle eredità negative del passato e provare a capire se avete una strategia per risolvere i problemi del presente e del futuro.

Credo che un'eredità positiva sia quella legata al finanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che lei ha citato riguardo ai programmi di investimento, che avevano proprio il senso di dare un riequilibrio e omogeneità alla sanità nazionale. C'è una tabella sul sito del ministero che riguarda lo stato di avanzamento degli accordi di programma che sono stati sottoscritti, e la prima domanda è se esista un aggiornamento di quella tabella, che risale al 2017.

Lei ha detto che sono in arrivo le firme di nuovi accordi di programma per svirati centinaia di milioni di alcune regioni del Paese, credo che sia un aspetto da puntualizzare, perché in una fase come quella attuale di discussione sul regionalismo differenziato questo è un grande strumento dal punto di vista diciamo operativo per il riequilibrio della sanità nazionale, e su questo non vi sono notizie.

Va rifinanziato, credo che la prossima legge di bilancio proprio per uscire dall'eredità del passato debba dare un segnale da questo punto di vista, perché il nord è stato capace di spendere tanto, ma non può rimanere indietro rispetto agli ulteriori investimenti che riguardano l'ammodernamento su tanti settori che hanno bisogno di avere le ultime generazioni di strutture e di tecnologie, il sud va accompagnato in un percorso di convergenza che porti ad un riequilibrio della sanità nazionale.

La prossima legge di bilancio non è che, se non ci sono tagli, va bene, se ci sono investimenti, va bene, perché i discorsi che state facendo come maggioranza sul tema del regionalismo sono molto interessanti, ma possono essere anche molto rischiosi..

RAFFAELLA FIORMARIA MARIN. Grazie, ministro. Siccome dobbiamo rientrare in Aula tra pochi minuti, il mio intervento sarà molto breve. Pertanto, a nome del Gruppo le rinnovo la richiesta di dettagliare cosa intenda fare per assicurare l'attuazione dei LEA sanitari e sociosanitari, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017. Lo dico con particolare riferimento alla prevenzione, alla psichiatria, alla neuropsichiatria infantile e alla non autosufficienza, anche sostenendo iniziative legislative come quelle che in Commissione 12^a si stanno promuovendo in materia di qualificazione di spesa sanitaria e revisione della *governance* del Servizio sanitario nazionale, come risulta da un documento di sintesi che, stante l'impossibilità di darne lettura nel tempo a disposizione, depositiamo.

Le chiedo altresì cosa intenda fare per rendere responsabilmente incisivo il ruolo dell'AIFA in materia di negoziazione obbligatoria e conseguente contrattazione di tutti i farmaci da utilizzare nell'ambito dell'erogazione dei LEA, anche mediante percorsi innovativi e sperimentali con sistema di *rating* prestazionale mediante analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi, così come abbiamo già messo a punto in sede emendativa al disegno di legge S. 770 in Commissione 12^a per i vaccini. La ringrazio per l'attenzione.

LUIGI DI MARZIO. Grazie, signora ministro. Lei sa che io sono estremamente critico nei confronti dei Governi che si sono succeduti nel corso degli ultimi vent'anni e del Sistema sanitario che è stato condotto a tradire quelli che erano i principi scritti nella legge n. 833.

Detto questo, non posso che apprezzare molte delle cose buone che il suo ministero ha fatto, ma devo chiederle se non pensi che sia arrivato il momento di lasciare una traccia nella storia di questo Paese, affrontando alla radice i numerosissimi problemi che i colleghi hanno elencato finora.

Il matematico Bertrand Russell (non vorrei che la mia citazione fosse sbagliata) diceva che gli uomini si dividono in due categorie, quelli che si adeguano alle regole del mondo e quelli che pretendono che il mondo si adegui a loro, e sono questi ultimi quelli che hanno determinato il progresso dell'umanità. Nonostante quella stagione fortunata che ha portato alla nascita della legge n. 833, quella stagione fortunata che ha fatto attuare l'idea di Lord Beveridge che la sanità non può essere un prodotto di mercato — Lord Beveridge era direttore della *London School of Economics*, era un economista liberale, ciononostante ha ritenuto che la sanità non potesse essere lasciata al mercato — abbiamo assistito nel corso degli ultimi decenni a elementi che hanno introdotto elementi di mercato in sanità, e credo che questo sia stato l'inizio della dissoluzione del Sistema sanitario nazionale.

Lei non pensa quindi che si possa richiamare il Governo alla necessità non di ridurre il definanziamento o di trovare qualche spicciolo? Il Rapporto GIMBE ha dimostrato inequivocabilmente che mancano 100 miliardi all'appello e sappiamo tutti che c'è la possibilità di trovare questi denari, se c'è la volontà di farlo, i processi economici hanno portato a una finanziarizzazione dell'economia di questo Paese, sottraendo denari ai servizi pubblici, che sono non soltanto un diritto dei cittadini, ma sono un fondamentale collante della convivenza civile.

Sollecitare il Governo a cercare consensi più ampi possibili, perché si ricosti-

tuisca quella stagione che (lei è troppo giovane per ricordarlo) vide l'intero arco costituzionale approvare la legge 833, mettendo da parte le divisioni, gli egoismi e pensando a qualcosa che andasse oltre gli interessi di parte.

È possibile ricreare un clima di questo genere, è possibile rimettere al centro i valori piuttosto che il mercato? Credo che questo sia il fondamento del tentativo di dare una risposta a tutte le domande che i miei colleghi hanno formulato finora, ma che sono le tessere di un mosaico, e credo che dobbiamo guardare al mosaico piuttosto che ai singoli particolari.

MARIA DOMENICA CASTELLONE. Grazie, ministro, per la sua relazione. A me piacerebbe sapere a che punto è l'attivazione delle reti oncologiche regionali, la cui finalità è proprio quella di rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale il percorso di presa in carico e di cura dei malati, e sappiamo quanto in ambito oncologico la migrazione sanitaria sia importante. Questo anche alla luce della recente approvazione della nostra legge sull'istituzione della rete nazionale dei Registri tumori.

VITO DE FILIPPO. Grazie al ministro, grazie ai presidenti della Commissione e ai colleghi per questo importante passaggio istituzionale. Devo dire che dalla relazione del ministro servirebbero parole innanzitutto guerriere, per fare una citazione a voi molto familiare, per espungere tutta quella parte diciamo un po' propagandistica, fatta con aggettivi clamorosamente vistosi, che non sono adeguati forse alla missione di queste Commissioni, non voglio fare un'analisi filologica ma io eviterei questi toni di propaganda.

Non utilizzo parole guerriere per espungere dalla sua relazione questo tono a volte anche contraddittorio, perché, mentre acquisisce meriti internazionali sul Sistema sanitario del nostro Paese, prova a fare una critica plateale a tutto ciò che l'ha preceduto.

Pongo due domande secche. Lei è disponibile a produrre, a beneficio anche del

Parlamento, un « piano esiti » su due misure che lei ha sventolato anche in questo caso con toni un po' propagandistici? Mi riferisco alle liste di attesa e alla misure sul personale: quali sono gli effetti? Prevedo che saranno effetti molto ridotti, anzi quasi nulli. Se lei è disponibile, ci comunica un tempo per fare un Piano esiti di queste due misure, cioè da qui a un anno, da qui a sei mesi, da qui a due anni (deciderà lei la comunicazione che vorrà farci) ci porterà in Parlamento l'esito di queste due misure, liste di attesa e personale.

Seconda ed ultima domanda. Giriamo intorno in una disfida che è un pochino « esoterica », di tipo numerologico sui soldi che ci sono sul Fondo sanitario nazionale, ancora oggi lei non ci dà una prospettiva finanziaria certa, sarebbe utile nella sua replica invece, visto che c'è un'accelerazione anche sulla legge di bilancio, se questo potesse essere approfondito in maniera molto più perimetrata in termini di risorse finanziarie, di quali sono i soldi che metteremo a disposizione. Ha parlato di Patto per la salute, noi abbiamo partecipato con molto rispetto a un'utile convocazione che lei ci ha fatto, ma non abbiamo visto i documenti, si citano documenti che noi non conosciamo, siciliano documenti sulla *governance* del farmaco. Potrà mettere a disposizione del Parlamento prima o poi questi documenti?

Infine, quella famosa campagna, anche questa propagandistica, sulla compartecipazione dei cittadini, cioè sui *ticket*, che fine ha fatto? Grazie.

PRESIDENTE. Salutiamo la delegazione dei senatori che deve rientrare, perché deve votare in Aula.

PIERPAOLO SILERI, *presidente della 12^a Commissione del Senato*. Purtroppo ci dispiace abbandonare la seduta ma abbiamo votazioni in Aula. Buon lavoro a tutti.

ANDREA CECCONI. Grazie, signora ministro. Faccio un primo preambolo non per fare polemica con alcuni colleghi, anche se la vorrei fare molto volentieri, rispetto alla norma sulla canapa industriale, non per

chiederle se sia favore o non a favore, ma per sapere quanto tempo il ministero debba ancora dedicare per emettere il decreto ministeriale sul livello di THC all'interno degli alimenti, che spetta al Ministero della salute, che è l'ultimo pezzo della legge che non è stato attuato.

In base alla sua relazione, non voglio una risposta su aspetti specifici. So che il nostro Sistema nazionale è molto complicato, lei ha ereditato un sistema con tanti problemi, però se non decidiamo, come Parlamento prima di tutto e ovviamente anche come Governo, che dopo quarant'anni o dopo venti, dopo che c'è stata nei primi anni '90 una razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, di fare un altro tagliando di questo sistema per renderlo più resiliente agli effetti del futuro, non credo che faremo bene al nostro Paese.

Possiamo lottare per avere 2 miliardi di finanziamento quest'anno e un miliardo per l'anno successivo, poi magari succede qualcosa dentro i confini nazionali o fuori e ci costringe a togliere 4 miliardi al Servizio sanitario nazionale e torniamo punto a capo, come è accaduto negli ultimi anni.

Se abbiamo un problema delle borse di studio, mettiamo una pezza sulle borse di studio, se abbiamo un problema sull'erogazione dei LEA nelle regioni del sud, cerchiamo di mettere una pezza lì, però non abbiamo mai una visione generale di sistema. Siccome la bozza del Patto per la salute che è in discussione con le regioni, all'articolo 2 cita la volontà e la necessità di rivedere la *governance* generale del Servizio sanitario, dei servizi territoriali e dei servizi ospedalieri, vorrei sapere da lei come veda il Servizio sanitario nazionale del futuro, perché se ci sono stati errori nel passato, mettere una pezza agli errori del passato per cercare di raddrizzare la barra credo sia fallimentare.

Dobbiamo rivedere tutto il sistema territoriale, quindi vorrei sapere come lei lo immagina, dobbiamo rivedere una gestione dei nostri ospedali e della sanità in generale, rafforzando alcune classi professionali in collaborazione con la classe medica, trovare altri strumenti e altri modi. Come ha detto anche la senatrice a vita Cattaneo

forse bisogna anche rivedere quello che noi finanziamo direttamente o indirettamente nell'erogazione dei servizi o dei farmaci ai cittadini, non soltanto l'omeopatia ma anche i multivitaminici non hanno una base scientifica reale, cioè capire veramente fino a dove possiamo cercare di finanziare per rendere sostenibile tutto questo grande progetto, che si chiama Servizio sanitario nazionale.

MARCELLO GEMMATO. Ringrazio il ministro per la presenza e per questa abitudine di rapportarsi con noi che, dati i tempi, non è scontata, quindi cogliere anche i nostri suggerimenti.

Nei pochi minuti a disposizione cercherò di toccare due punti che mi stanno particolarmente a cuore. Il primo, sfiorato da altri colleghi, è quello della sperequazione fra nord e sud in tema di sanità. Oggi chi nasce al sud ha cinque anni di aspettativa di vita meno di chi nasce al nord, in spregio all'articolo 32 della nostra Costituzione secondo il quale i cittadini devono avere pari diritto all'assistenza sanitaria, che nascono in Lombardia o in Puglia.

Vorrei capire dal ministro cosa intenda fare approfonditamente per fare in modo che questa sperequazione venga sempre più limitata, partendo dal Piano di riparto del Fondo sanitario nazionale, che oggi vede le regioni meridionali penalizzate rispetto a quelle settentrionali, generando con la mobilità passiva una sorta di cane che si morde la coda, ovviamente il tutto a danno dei cittadini del Meridione.

Il secondo punto che volevo trattare partendo dalle sue parole è quello relativo all'efficientamento della spesa in tema farmaceutico. Le riporto un'annotazione di carattere sia professionale che politico: la distribuzione diretta dei farmaci, atteso che soprattutto nel meridione le strutture pubbliche chiudono (chiudono ospedali, punti di pronto soccorso, strutture pubbliche territoriali), la distribuzione diretta dei farmaci esclude cittadini che risiedono in zone periferiche.

Oggi, una persona che abita in un paese di montagna, una persona che abita in una zona disagiata rispetto alla distribuzione diretta del farmaco da parte delle strutture

pubbliche, quindi non convenzionate, ha una difficoltà di accesso alla fruizione nello stesso. Questo è stato sottolineato da cittadini e associazioni, però oggi la politica non ne parla, non si parla del fatto che purtroppo migliaia di italiani malati non accedono alle cure perché sono impossibilitati a raggiungere i siti di distribuzione del farmaco.

Se validiamo il risparmio non facendo accedere i cittadini al farmaco, evidentemente tradiamo la *mission* dello Stato, che dovrebbe essere eticamente vicino ai propri cittadini, in particolare ai cittadini malati.

MARIA TERESA BELLUCCI. Ministro, comprendiamo il grande onere di cui si sta facendo carico rispetto alla sanità pubblica e quindi la difficoltà di sanare un sistema che ha tante difficoltà a quarant'anni di distanza dalla sua istituzione. Dall'altra parte però, ministro, ci preoccupa l'aspetto della non definizione economica della prossima legge di bilancio, perché nel momento in cui c'è una dichiarazione del Ministro Tria per quanto riguarda futuri tagli, non possiamo che osservare i tagli effettuati nella passata legge di bilancio e aspettarci che ci sia anche una destinazione di quelle risorse che invece sono state tagliate.

Detto questo, aggiungerò alcuni aspetti sui quali spero che lei possa darci una risposta. Uno riguarda la salute mentale perché, come lei saprà, fra 10 anni le patologie per salute mentale aumenteranno e supereranno il primato di quelle cardiovascolari. A questo punto ci chiediamo come lei, Ministro, intenda dare risposta a questa grave situazione; attualmente la spesa destinata alla salute mentale è del 3,5 per cento in Italia, siamo gli ultimi nella media degli Stati europei, dove c'è una media del 5 per cento, abbiamo 29.000 unità di personale quando ce ne dovrebbero essere 40.000, abbiamo caratteristiche del personale che si poggiano più sulla sfera medico-infermieristica che non su quella dell'accogliimento come psicologi e tecnici della riabilitazione, quindi i nostri pazienti della salute mentale si curano più attraverso i farmaci che attraverso un'attività riabilitativa.

C'è un 44 per cento di infermieri e soltanto un 6,7 per cento di psicologi e un 6 per cento di tecnici della riabilitazione. A questo si aggiunge la drammatica situazione della neuropsichiatria infantile, perché il 50 per cento dei pazienti accede e il 50 per cento dei pazienti che vorrebbero avere delle risposte rimane fuori, abbiamo un aumento delle acuzie in psichiatria dell'età evolutiva del 21 per cento, abbiamo il 70 per cento dell'utenza che non riesce ad avere un intervento terapeutico e riabilitativo. In tutto questo c'è un'assenza di monitoraggio, come lei sa bene dalle relazioni fatte dagli organi di rappresentanza, in psichiatria infantile e soprattutto una drammatica disomogeneità territoriale e in tutto questo c'è un costante calo di personale, quindi oggi la nostra neuropsichiatria infantile è al collasso.

Si aggiunge la condizione dei servizi per le dipendenze. Nell'ultima definizione dei LEA sono state assegnate alcune competenze come il gioco d'azzardo patologico, il tabagismo, oltre alla cura per quanto riguarda i disturbi da uso di droghe e anche le dipendenze comportamentali.

A fronte di questo c'è una totale mancanza di assegnazione di risorse, e anche su questo quindi una situazione drammatica. Proposte su questo, ad esempio l'incasso della nostra Italia sul gioco d'azzardo è pari a 10 miliardi nello scorso anno, mentre sono stati destinati alla cura del disturbo da gioco d'azzardo 50 milioni di euro. Noi pensiamo che si potrebbe fare uno sforzo maggiore per far sì che il bilancio dello Stato possa trovare delle risposte al bisogno di salute di chi ha un problema di dipendenza destinando a questo scopo almeno il 5 per cento di ciò che gli viene assegnato.

Lo scorso anno l'avevo interrogata rispetto alla cannabis ad uso ricreativo, le chiedo ovviamente una definizione perché già lo scorso anno l'avevo interrogata e non ha avuto risposte da parte sua, oggi c'è anche una sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione.

PRESIDENTE. Per la seconda volta chiedo a tutti di essere collaborativi, perché giustamente, nel momento in cui si fa un'ec-

cezione, questa diventa la regola, quindi confido in voi.

ELENA CARNEVALI. Grazie, presidente, cerco di essere puntuale. Innanzitutto ringrazio la ministra, spero che davvero questo sia un segnale di cambiamento, ma inviterei ad avere un atteggiamento meno enfatico e trionfante, perché dal punto di vista delle cose buone diciamo quando sono buone, ma dal punto di vista delle cose che ancora devono essere recuperate direi che c'è ancora molta strada da fare.

Nessuno ha interesse a difendere quello che fu, però (lo dicono i dati economici, non lo dice la Carnevali) 7 miliardi sono state le risorse aggiuntive stanziata la scorsa legislatura, tra l'incremento del Fondo sanitario e la quota relativa ai farmaci innovativi e oncologici, risorse forse non sufficienti. Per il momento, visto il miliardo che abbiamo lasciato in deposito con le precedenti leggi di bilancio, i due miliardi sono fondamentali per due ragioni che lei conosce bene: perché senza quelle risorse non possiamo parlare di incremento del personale sul 2020, perché sa che soprattutto l'articolo 11 del decreto Calabria dice che i valori sono incrementali annualmente e sono relativamente al 5 per cento dell'incremento dell'anno precedente, quindi senza incremento non c'è incremento del personale, c'è una diretta corrispondenza.

La seconda questione è relativa ai livelli essenziali di assistenza. Il 21 febbraio il Ministero rispondeva a un'interrogazione della sottoscritta comunicando che in riferimento alla definizione delle tariffe in corso aveva elaborato una nuova proposta (lo dico perché abbiamo già avuto la possibilità di colloquiare in riferimento alla riunione di lunedì sul Patto per la salute) e questa nuova proposta di tariffe arrivava grazie alla completezza del flusso informativo della tessera sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Da febbraio ad oggi non abbiamo ancora quel decreto, credo che non ci sia più tempo da perdere sia per quanto riguarda la protesica, sia per quanto riguarda le tariffe; lo stiamo attendendo da troppo tempo.

Dalla miopia del passato, se c'è stata, visto che da 3.500 borse che abbiamo tro-

vato nel 2013 ne abbiamo lasciate 6.200 a fine legislatura, non passiamo alla presbiopia del futuro, perché oltre al fatto del pensionamento ordinario abbiamo avuto l'«aggravante» di Quota 100, quindi non facciamo troppo festa sulle 1.800 borse aggiuntive, perché non colmano nemmeno un inserimento di Quota 100, quindi serve aggiungere un pezzo, direi che 250 milioni sono necessari.

Due ultime cose riguardano AFT (Aggregazione funzionale territoriale) e UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie). Il tema dell'assistenza territoriale va di pari passo con la questione del Patto della salute, non è più rinviabile e volevo sapere da lei perché non riusciamo a mettere nel nostro sistema queste due possibili funzioni, che a mio parere sono funzioni importanti.

Legga l'articolo della *Stampa* di oggi e risponda ai quesiti che vengono posti a proposito di AIFA, CART-T e trasparenza del farmaco.

PAOLO TIRAMANI. Ringrazio il ministro per la relazione e anche per la pazienza, perché non voglio neanche fare polemica, ma credo che circa la metà delle domande che le sono state sottoposte oggi riguardi materia regionale e non ministeriale, eppure ne abbiamo sentite di tutti i colori.

Volevo tornare di nuovo sulla questione delle specializzazioni, perché apprezziamo il lavoro che è stato fatto insieme al Ministro dell'istruzione per aumentare le borse, ma secondo me una proposta deve essere quella di ricalcare il modello francese, dove abbiamo il medico specialista qualificato, ossia personale che si forma in corsia e accede a un percorso parallelo di qualificazione.

Nei fatti questo avviene già, perché le porto l'esperienza del Piemonte in medicina generale, dove nei pronto soccorso e nelle guardie mediche ad oggi la regione deroga con l'utilizzo di medici che non hanno la specialità, altrimenti molti reparti sarebbero in sofferenza.

Senza aggravio di costi, perché questi ragazzi si specializzerebbero in corsia formandosi, sarebbe una buona via d'uscita secondo il Gruppo della Lega, so che state

lavorando a un tavolo di questo tipo e ci aspettiamo delle risposte a breve, per andare a colmare questo *gap*.

Volevo farle però alcune puntualizzazioni. Non dipende da lei, ma anche nel suo ministero ci sono parecchie cose che sono ferme da troppo tempo, tra le quali il decreto sulle professioni sanitarie previsto dalla legge di bilancio, che avrebbe dovuto essere adottato entro novanta giorni dall'approvazione di quella legge — quindi entro il mese di aprile — ma siamo a luglio e tutto è ancora fermo. Spesso facciamo proposte congiunte lavorando bene con l'altro partito di Governo, penso a quello che abbiamo fatto per il tavolo delle risonanze magnetiche, dopo oltre un anno forse riusciremo a vedere la luce il 25 luglio, ma tutto questo è sempre difficoltoso, quindi vorremmo avere delle risposte non tanto da lei quanto dagli uffici che sono sempre molto lenti.

Le chiedo anche una cosa territoriale che mi sta a cuore. Sempre in relazione a quello che le ho detto, da troppi mesi è fermo in un cassetto il progetto della Città della Salute di Torino e di Novara, come regione abbiamo approvato un progetto che serve per i due poli della regione Piemonte, quindi per il Piemonte orientale e per Torino e provincia, prima si è parlato di campagna elettorale, per cui non si volevano dare dei dati, oggi siamo nel mese di luglio e questi progetti sono fermi da quattro mesi nei cassetti, credo che debbano essere discussi.

Avete fatto bene (non avrei voluto sollevare il tema, ma la collega senatrice del Partito Democratico l'ha fatto) a non nominare il presidente di AIFA, perché con l'ultima tornata elettorale è cambiato il colore della Conferenza Stato regioni, quindi non vogliamo (lo chiedo a gran voce) dinosauri trombati dalla politica che non fanno più gli assessori regionali e sono stati proposti da una Conferenza Stato-regioni nei mesi scorsi che oggi non ha più quel tipo di colore politico, quindi aspettiamo qualsiasi altra proposta che non sia quella della persona che era stata indicata, per la quale per fortuna il Ministro non ha firmato il decreto.

MASSIMO ENRICO BARONI. Sono forse una voce fuori dal coro, ma credo di dovermi complimentare con lei, ministro, perché avendo fatto un tentativo di ricostruzione, per quanto parziale, sono a conoscenza che lei ha promosso, attuato e firmato oltre 143 provvedimenti normativi quest'anno, dal momento in cui è stata alla guida del Ministero, oltre ad aver messo oltre tre firme al giorno rispetto a una serie di questioni che ovviamente quando parte un nuovo Governo debbono essere sbrigliate e spesso i pozzi sono avvelenati.

Questo è un grande problema che stiamo affrontando in questa legislatura, infatti non credo che sia tollerabile che lei si sia dovuta mettere a fare il censimento, regione per regione, per fare una riforma in tema di assenza di specialisti nel Sistema sanitario nazionale. Credo che sia veramente allucinante che le regioni non si siano mai spese in maniera proattiva nel comunicare la maggior parte di questi dati, un esempio su tutti i dati della Calabria, che sono relativi all'assenza di 1.400 medici. Le domande sono state fatte a partire da agosto-settembre 2018.

Il presidente della regione Oliverio, del Partito Democratico, nonostante più solleciti in merito all'assenza di personale nel Sistema sanitario regionale della Calabria, con grande attenzione in audizione presso la Camera dei deputati si è permesso di concederci questo dato: mancano ben 1.400 medici nella regione Calabria, dopo circa nove mesi che come ministero si cercava di completare questo censimento, per mettere a disposizione a livello centrale una mappatura della grave carenza che si è venuta a creare in questi anni.

Pur non essendo medico, alla fine le cose si vengono a sapere: un medico su due che si laureano non accede alle borse di specializzazione, questo succede da 10 anni, con lei abbiamo avuto un primo *boost* aumentando di 1.800 le borse di specializzazione e oltre 480 di medicina generale, lei ha gestito in maniera egregia la questione dell'incompatibilità tra formazione e lavoro per i medici di medicina generale con i cosiddetti « camici grigi », si sta prendendo l'onere di aprire la grande sfida

dell'informatizzazione del Sistema sanitario nazionale, mentre le regioni spingono per mantenere un'autonomia a livello di gestione.

Parto da un piccolo dato, sui cruscotti del Piano nazionale liste d'attesa vogliono una totale autonomia: non è detto che i sistemi comunicheranno tra loro. Questo è un problema che andrà messo sul tavolo, perché a mio avviso la centralizzazione al Ministero della salute, a partire dal Piano nazionale di liste d'attesa, è un ancoraggio importantissimo per le politiche sanitarie dei prossimi vent'anni, quindi parliamo di monitoraggio e programmazione.

Lei ha messo sul campo 3,5 miliardi per il prossimo biennio e ha dichiarato pubblicamente che avrebbero dovuto passare sul suo corpo qualora questi 3,5 miliardi che sono legati all'intesa sul Patto della salute venissero messi sotto ricatto del MEF con la famosa clausola, che lei ha più volte citato, di tipo economico-finanziario, che avrebbe potuto tagliare le gambe. Questo significa che se lei dovesse lasciare il Dica-

stero, chiunque dopo di lei sarebbe un Ministro di fatto azzoppato e commissariato dal MEF.

Un ultimo accenno alla salute mentale. Credo che vada compendiata con professionalità sanitaria la cura residenziale ed ospedaliera, a fronte di un aumento delle patologie in salute mentale e proprio per la cura dei nostri bambini e adolescenti, che spesso hanno un *breakdown* e meritano cure residenziali ed ospedaliere che al momento sono una « Cenerentola » della sanità.

PRESIDENTE. Ringraziamo il ministro, che rivedremo per la replica, dopo aver concordato il giorno in cui potrà ritornare. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.55.

*Licenziato per la stampa
il 18 settembre 2019*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



18STC0072960