

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LA SEMPLIFICAZIONE****RESOCONTO STENOGRAFICO****INDAGINE CONOSCITIVA****2.****SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 LUGLIO 2019**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **NICOLA STUMPO****INDICE**

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Buratti Umberto (PD)	11
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3	De Toma Massimiliano (M5S)	10
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		Gerardi Francesca (Lega)	15
Audizione della Ministra della salute Giulia Grillo:		Grillo Giulia, <i>Ministra della salute</i>	4, 12, 16
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3, 10, 12, 15, 16	Lacarra Marco (PD)	11
		Piarulli Angela Anna Bruna (M5S)	11
		Rossi Andrea (PD)	15

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
NICOLA STUMPO

La seduta comincia alle 8.35.

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 e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione della Ministra della salute
Giulia Grillo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale, l'audizione della Ministra della salute, Giulia Grillo.

Dico sin da subito che dobbiamo riuscire, a causa di impegni di tutti i presenti, a terminare i lavori entro le 9.30. Abbiamo, quindi, un'ora per svolgere questa audizione. Come di consuetudine, sarò brevissimo nell'introduzione per lasciare alla Ministra la possibilità di svolgere un intervento che sia in grado di toccare tutti i punti che possono interessare la nostra indagine conoscitiva.

Anche se oggi, secondo me, è una giornata un po' particolare, perché forse è quella più importante dal punto di vista dell'impostazione politica che serve per avere tutte le informazioni ai fini dell'indagine. Qualora le domande richiedessero più tempo di quello che abbiamo a disposizione, chiedo in anticipo alla Ministra se sarà possibile

avere le sue risposte per iscritto, senza quindi avere ritardi per i nostri lavori.

Ringrazio la Ministra Grillo, che ha accolto la nostra richiesta di partecipare ai nostri lavori. Al fine di cederle la parola con una certa celerità, tengo soltanto a precisare due aspetti.

La nostra Commissione – lo ripeto, è giusto che sia così – non lavora seguendo le logiche della maggioranza e della minoranza. È una Commissione che sta lavorando e sta anche riuscendo a fare dei lavori straordinari. Personalmente, sono stato invitato – e lo ringrazio – dall'onorevole De Toma a un'iniziativa sulla sanità, a cui ho partecipato prescindendo da molti aspetti. Stiamo provando, appunto, a dare un contributo positivo proprio ai fini della realizzazione della semplificazione in generale.

Abbiamo scelto la sanità come primo argomento da trattare, perché riteniamo che il rapporto tra i cittadini e la salute sia uno dei punti più importanti da affrontare per capire quale contributo si possa dare per migliorare la qualità del rapporto tra i cittadini e la sanità e della sanità trasmessa ai cittadini attraverso il digitale.

Questo è, quindi, il senso della nostra indagine conoscitiva, che vuole provare anche a capire le ragioni per le quali si riesce a dare un contributo volto a migliorare positivamente alcuni aspetti, che tra loro, però, non riescono a diventare un miglioramento complessivo dal punto di vista nazionale. Porto l'esempio del fascicolo sanitario elettronico, presente e in stato avanzato in alcune regioni, che però resta confinato in quelle regioni.

Vorremmo ragionare su come sia possibile trasferire le positività che si riscontrano in una regione alle altre e su come creare un sistema unico. Anche se la sanità,

come sappiamo, è una sanità regionale, non significa che il cittadino non debba essere tutelato dal punto di vista sanitario su tutto il territorio nazionale, e non soltanto su quello di appartenenza regionale.

Non voglio andare oltre in questa mia breve introduzione. Al termine della relazione della Ministra potranno intervenire i colleghi.

Darei ora immediatamente la parola alla Ministra perché illustri la sua relazione, auspicando di svolgere al meglio i nostri lavori, non solo oggi ma anche attraverso tutto il percorso che questa Commissione compirà in collaborazione con il Ministero della salute in vista di una sempre maggiore semplificazione.

GIULIA GRILLO, *Ministra della salute*. Signor presidente, onorevoli senatori e onorevoli deputati, desidero in primo luogo esprimere il mio apprezzamento per l'oggetto dell'indagine conoscitiva che questa Commissione sta affrontando, poiché essa costituisce un ulteriore stimolo in un percorso, quello rivolto ai possibili interventi di semplificazione per facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale, che, come dimostrerò, è già stato avviato, e anzi costituisce una mia personale priorità.

Anche per questo motivo esprimo il mio ringraziamento per essere stata invitata a fornire il mio contributo su questo tema, che reputo di grande importanza. Si tratta, infatti, di un argomento con il quale, nella mia veste di Ministro della salute, ho dovuto spesso confrontarmi, spinto dalla necessità di un ripensamento strutturale e organizzativo dei servizi offerti in ambito sanitario, un cambiamento che ritengo dovuto sia alle mutate esigenze della stessa organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sia alla necessità di semplificare davvero l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

In quest'intervento illustrerò, dunque, lo stato di sviluppo e attuazione delle tecnologie digitali relativamente alla presa in carico e gestione del paziente, con riferimento sia alla necessità di rendere i processi amministrativi sanitari gestibili a distanza (attraverso, ad esempio, il fascicolo

sanitario elettronico, il sistema centralizzato informatizzato per la prenotazione unificata delle prestazioni e la ricetta elettronica), sia a quella di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza attraverso nuove modalità di servizio, che consentano di erogare, anche da remoto, l'assistenza domiciliare, quindi principalmente attraverso gli strumenti della telemedicina.

Per quanto riguarda il primo degli aspetti evidenziati, certamente assume un ruolo di estrema rilevanza il fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Dico subito che, dopo una lunga gestazione di un processo che è stato in capo principalmente al Ministero dell'economia e delle finanze, la fase che attualmente si sta svolgendo riguarda la predisposizione dei decreti attuativi per la definizione di contenuti, formati e standard di ulteriori documenti sanitari e servizi al fine di favorire la coerente alimentazione dei sistemi FSE realizzati dalle regioni.

A tal fine, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato individuato uno specifico tavolo tecnico di monitoraggio e indirizzo, a cui partecipano un rappresentante del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, un rappresentante dell'Agenzia per l'Italia digitale, un rappresentante del Garante per la protezione dei dati personali e dieci rappresentanti delle regioni.

Nell'ambito delle attività del tavolo, sulla base delle indicazioni di interesse comune da parte delle regioni, sono stati attivati nove gruppi di lavoro, che hanno elaborato i contenuti, i formati e gli standard degli ulteriori documenti sanitari e sociosanitari relativi sia al nucleo minimo di costituzione del fascicolo sanitario elettronico, sia ai documenti e ai dati integrativi, la cui alimentazione è in funzione delle scelte regionali in materia di politica sanitaria e del livello anche di maturazione del processo di digitalizzazione.

I lavori dei suddetti gruppi si sono conclusi e sono stati sottoposti all'approvazione della cabina di regia del NSIS il 29 maggio di quest'anno per i seguenti otto documenti: referti specialistica ambulatorio

riale, referti anatomia patologica, referti radiologia, lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, prescrizione dematerializzata, erogazione farmaceutica e specialistica, documento di esenzione.

Pertanto, è in via di predisposizione il decreto attuativo relativo a tali documenti e al nuovo formato europeo del profilo sanitario sintetico. Già da questi brevi passaggi potete capire quanto sia burocratico e molto lungo tutto questo processo.

Si può, dunque, dire che l'adozione di questi ulteriori documenti e dei loro standard, una volta inseriti nei contenuti del fascicolo sanitario elettronico, faciliterà l'accesso a distanza dei cittadini ai processi amministrativi sanitari. Nel frattempo, il succitato tavolo di monitoraggio e indirizzo continuerà a lavorare per la definizione degli ulteriori documenti da inserire nel fascicolo sanitario elettronico.

Desidero, inoltre, informare che, al fine di sviluppare ulteriormente il fascicolo sanitario elettronico, nell'ambito del nuovo piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione 2019-2021, è stata inserita una specifica gara strategica ICT rivolta al supporto alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

Con quest'azione concreta si renderà possibile una verifica continua dell'adeguatezza dei servizi offerti, della loro rispondenza alle esigenze delle regioni e di una migliore omogeneità dell'offerta in tutto il territorio nazionale nonché dell'adozione degli standard dei documenti del fascicolo sanitario elettronico, favorendo, come diceva appunto il presidente, l'interoperabilità dei diversi sistemi regionali, garantendo in tal modo ai cittadini la continuità di accesso al proprio fascicolo sanitario elettronico anche nel caso di mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda le risorse finanziarie a disposizione, voglio assicurare che queste sono state previste nella ripartizione del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese tra le amministrazioni centrali dello Stato, nel quale è inserito, appunto, il pro-

getto « fascicolo sanitario elettronico per gli anni 2018-2021 ».

Queste risorse saranno destinate a realizzare interventi – sia, da parte delle regioni sia da parte dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Ministero dell'economia e delle finanze, che riguardano in particolare: la digitalizzazione e indicizzazione dei documenti sanitari regionali, – sia degli erogatori pubblici sia di quelli privati convenzionati, e la loro conservazione; l'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico con l'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità, quella che sostanzialmente dovrà garantire che i fascicoli tra le regioni si parlino; la corretta gestione delle anagrafi regionali degli assistiti e l'interconnessione con l'anagrafe nazionale degli assistiti, ovvero con il sistema tessera sanitaria; l'attivazione di canali alternativi per il rilascio del consenso da parte dell'assistito; la diffusione del fascicolo sanitario elettronico per gli assistiti e per gli operatori del Servizio sanitario nazionale del territorio regionale nonché campagne di comunicazione nazionali e regionali per spiegare ai cittadini tutto questo processo.

Per rendere ancora più agevole il processo di formazione del fascicolo sanitario elettronico, il Ministero della salute sta, inoltre, valutando la possibilità di una modifica normativa, ove questa si ritenesse necessaria – in realtà, è necessaria –, per rendere valido il consenso implicito del cittadino all'alimentazione del medesimo. Questo è un problema che abbiamo a livello sanitario negli ospedali. È necessario ogni volta acquisire il consenso per motivi di *privacy*, come non si fa quando si redige la cartella clinica, evidentemente. C'è una discrasia da questo punto di vista.

Inoltre, nelle ipotesi dei nuovi accordi collettivi nazionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono previsti riferimenti al ruolo che tali professionisti devono avere sia, per la consultazione sia, per l'alimentazione e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico.

L'insieme delle misure delineate intende, dunque, ridurre i fattori che attualmente ostacolano la diffusione del fascicolo

sanitario elettronico sul territorio nazionale e, al tempo stesso, definire gli standard dei documenti, in modo da consentire la raccolta di dati strutturati utili anche per facilitare la consultazione da parte sia del cittadino stesso sia dei medici che lo hanno in cura.

Se il tema del fascicolo sanitario elettronico è, appunto, strategico per una migliore gestione organizzativa del Servizio sanitario nazionale, voglio ora soffermarmi sul sistema unico di prenotazione digitalizzato delle prestazioni sanitarie, che costituisce, invece, lo strumento principale per agevolare l'accesso ai servizi amministrativi sanitari da parte dei cittadini.

È, appunto, superfluo, ma forse necessario, rimarcare l'estremo valore strategico di tale strumento, al quale — tengo a ribadirlo —, in considerazione della sua strettissima correlazione con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa a favore dei cittadini, è stata riservata da subito una particolare attenzione da parte di questo Governo.

Non vi è dubbio, infatti, che per razionalizzare e minimizzare i tempi per l'accesso all'offerta sanitaria vi sia bisogno di una gestione efficiente della richiesta, che deve essere presa in carico con modalità tali da assicurare, allo stesso tempo, l'efficienza delle attività delle unità eroganti e il supporto alla programmazione dell'offerta e alle attività di comunicazione ai cittadini. In altre parole, il sistema, facilitando l'accesso alle prestazioni sanitarie, consente, al contempo, il monitoraggio della domanda e dell'offerta complessiva al fine del beneficio di un efficace governo delle liste d'attesa.

Al fine di realizzare un valido sistema di incontro tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, desidero ricordare la recentissima approvazione del nuovo piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2019-2021 — rispetto al quale ieri si è insediato l'osservatorio nazionale sulle liste d'attesa —, che ha previsto la gestione e la totale visibilità delle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate nonché quella dell'attività istituzionale della libera professione intramuraria da parte

dei sistemi informativi aziendali e regionali.

Poiché, naturalmente, nulla è impossibile senza adeguate risorse, voglio ricordare che ancor prima, nella legge di bilancio, era già stato stanziato un importo complessivo di 400 milioni di euro per il triennio 2019-2021 per l'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l'implementazione e l'ammodernamento proprio delle strutture e delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie.

Anche in questo caso, la ripartizione del Fondo è appena stata definita ed è all'ordine del giorno della Conferenza Stato-regioni.

Al fine di ripartire e monitorare l'utilizzo di dette risorse, il Ministero della salute ha anche condotto una rilevazione dei sistemi CUP attualmente esistenti a livello regionale e ha ipotizzato alcuni indicatori per misurare l'effettivo livello di digitalizzazione dei sistemi di prenotazione.

Gli indicatori prevedono, innanzitutto, un cronoprogramma di attività definito in coerenza con quanto previsto dai piani regionali di governo delle liste d'attesa, quindi la rilevazione del numero di erogatori pubblici e privati collegati al sistema CUP, il numero di aziende pubbliche e private collegate e inserite nel sistema CUP e, infine, il numero di canali digitalizzati di accesso al sistema di prenotazione, ciò allo scopo di semplificare l'accesso attraverso strumenti digitali, quali appunto *app* per *smartphone* o applicazioni *web*, che sono ormai in possesso della quasi totalità degli assistiti, utilizzate direttamente dall'utente, che dovrebbe essere il punto di caduta finale. Credo che questo aspetto interessi anche voi.

In ogni caso, al fine di garantire la fruizione di tali servizi anche all'utenza non digitale, verranno considerati anche altri canali di prenotazione, quali farmacie o sportelli CUP in strutture convenzionate. Anche con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta stiamo portando

avanti un ragionamento per aiutare o compiere direttamente in nome degli utenti non digitali la prenotazione digitale.

Ulteriore misura di facilitazione per l'accesso ai servizi amministrativi sanitari è costituita dalla dematerializzazione della ricetta medica.

Il percorso è stato molto lungo. Come sapete, è iniziato nel 2008. Nell'ultimo periodo, tuttavia, c'è stata una particolare accelerazione. Posso comunicare che dall'ultima rilevazione del mese di giugno 2019 emerge che quasi tutte le regioni hanno superato il 90 per cento di dematerializzazione delle ricette di prescrizione farmaceutica; tredici regioni, in particolare, hanno superato il 90 per cento; cinque regioni hanno una percentuale compresa tra il 70 e il 90 per cento; solo una regione ha una percentuale inferiore al 70 per cento.

Un'ulteriore frontiera di utilizzazione delle tecnologie digitali in ambito sanitario è rappresentata dagli strumenti di telemedicina.

La sanità digitale può essere descritta come la modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle tecnologie innovative di *information and communication technology*, comunemente chiamate ICT, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non sono nello stesso luogo.

La telemedicina comporta, dunque, la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni e immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento e il successivo monitoraggio dei pazienti.

Dall'altro lato, i servizi forniti possono comprendere varie tipologie di prestazioni, che si differenziano per complessità, tempi di attuazione e utilizzo diversificato di risorse in relazione alla tipologia dei bisogni dei pazienti.

Un primo monitoraggio circa il livello di diffusione dei servizi erogati in telemedicina a livello nazionale ha fatto rilevare che sono più diffusi: il teleconsulto, la teleradiologia, il teleconsulto specialistico, cosiddetto *second opinion*, e il telemonitoraggio. Più contenuto, invece, è il livello di diffu-

sione per il telesoccorso e la telesorveglianza. La teleriabilitazione, infine, presenta un livello di diffusione, al momento, residuale.

Dico subito che io per prima ripongo grandi aspettative nello sviluppo della telemedicina. Da essa, infatti, potrà scaturire quale principale beneficio una spinta allo sviluppo e all'adozione di modelli, tecniche e strumenti di sanità elettronica davvero molteplici, tra cui: possibilità di garantire equità di accesso alle cure, continuità delle cure, migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, contenimento della spesa e contributo allo sviluppo dell'economia.

Si tratta di un processo che va governato per garantire che si traduca in un miglioramento effettivo del servizio prestato al paziente, date le straordinarie potenzialità di questi nuovi strumenti. Il Ministero della salute è impegnato a farlo.

Già adesso, peraltro, la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa di rete che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nell'erogazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, telemedicina e teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività anche ai fini della gestione delle cronicità.

Per ottimizzare il processo di gestione del paziente cronico, le tecnologie della sanità digitale possono risultare, infatti, una grande risorsa. I modelli assistenziali per la cronicità vengono rafforzati dalle tecnologie di *e-health*, che contribuiscono all'attuazione dei contenuti dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e possono inoltre fornire un supporto fondamentale nell'ambito dell'educazione e della formazione del paziente che usufruisce degli strumenti tecnologici che lo aiutano e lo accompagnano nella gestione della propria salute, anche in emergenza.

Nell'ambito della cronicità, i servizi di telemedicina possono, infatti, realizzare le

seguenti finalità sanitarie: prevenzione attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie, come il diabete o le patologie cardiovascolari, che devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali al fine di ridurre il rischio di complicanze; la diagnosi attraverso la rapida e sicura circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti, ad esempio attraverso la possibilità di trasmettere gli esami diagnostici refertati dallo specialista presso l'ambulatorio del medico di medicina generale e la farmacia o il domicilio del paziente; cura e riabilitazione attraverso la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente a casa, in farmacia o in strutture assistenziali, a una postazione di monitoraggio per la loro interpretazione, e adozione quindi delle scelte terapeutiche necessarie.

Per favorire la diffusione della telemedicina, il Ministero della salute e le regioni hanno approvato nel 2010 delle linee di indirizzo nazionali con lo scopo di fornire un riferimento unitario per l'implementazione dei servizi di telemedicina e di individuare gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione e impiego di tali sistemi nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Sulla base di queste premesse nacque il patto per la sanità digitale aperto alla partecipazione da parte di tutti gli *stakeholder* interessati allo sviluppo di una sanità italiana sempre più efficiente ed efficace.

Uno specifico progetto di notevole rilievo promosso dal Ministero della salute è, inoltre, il PON GOV Cronicità: sostenere la sfida della cronicità, con il supporto dell'ICT, di durata quinquennale e con un finanziamento pari a oltre 21 milioni di euro.

Il progetto intende attivare tutte le iniziative necessarie utili per promuovere la diffusione di strumenti e tecnologie ICT a supporto della cronicità, potenziando la capacità di accesso anche ad altre risorse (fondi europei e fondi per la coesione), nonché promuovendo l'innovazione nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Tra i principali obiettivi del progetto vi sono l'individuazione di modelli innovativi di gestione della salute supportati dalle tecnologie digitali, con particolare attenzione alle cronicità, e il supporto all'efficacia e all'efficienza degli investimenti e alla programmazione della spesa con fondi strutturali a livello regionale relativamente al tema della cronicità supportata dalle ICT.

Particolare interesse sarà, inoltre, dedicato nell'ambito del progetto alla raccolta dei modelli di telemedicina già validati sul territorio per la gestione delle malattie croniche, all'analisi di modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica e alla diffusione della cultura della telemedicina nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni.

Su questo punto aggiungo che, in realtà, questo processo è già quasi completato. Se ci sarà la possibilità di un ulteriore incontro e se il presidente mi contatterà, io gli farò avere questo studio relativo ai modelli organizzativi di telemedicina in Italia.

Prima di concludere, vorrei fare riferimento all'anagrafe nazionale vaccini.

Anche questo è uno strumento di semplificazione che sta dimostrando, proprio in questi giorni, la validità dell'approccio indicato da questa Commissione, cioè l'importanza dell'impiego dell'informatizzazione della pubblica amministrazione vista come supporto concreto alla semplificazione della vita dei cittadini.

L'anagrafe, oltre a garantire il monitoraggio dei programmi vaccinali sul territorio nazionale attraverso la verifica delle coperture vaccinali e l'elaborazione di indicatori a livello nazionale e regionale, ha contribuito a realizzare un importantissimo sgravio di incombenze a favore delle famiglie in relazione alla pratica dell'iscrizione scolastica.

Voglio, infatti, ricordare che, anche grazie all'istituzione dell'anagrafe nazionale vaccini, le anagrafi vaccinali regionali sono state adeguatamente implementate e saranno costantemente aggiornate anche con le informazioni relative alle vaccinazioni effettuate in una regione diversa da quella

di residenza del singolo assistito. Pertanto, i genitori già oggi non hanno più l'obbligo di presentare la documentazione alle scuole, perché le ASL trasmettono direttamente agli istituti scolastici le informazioni sullo stato vaccinale dei singoli iscritti.

In definitiva, grazie all'anagrafe nazionale e all'effettiva implementazione delle anagrafi regionali, i dirigenti scolastici richiederanno i documenti eventualmente mancanti soltanto ai genitori dei minori che dovessero risultare dagli elenchi inviati dalle ASL alle scuole come non in regola con gli obblighi vaccinali.

Infine, passo a una breve disamina delle principali *app* che sono state lanciate e sviluppate in quest'ultimo anno dal Ministero della salute, ovviamente gratuite e senza *sponsor*.

« Mamma in salute » è l'applicazione che consente alle donne di trovare, gestire e registrare informazioni prima della gravidanza, per gravidanza e parto, dopo il parto e durante l'allattamento. Il collegamento con la mappa dei centri per la procreazione medicalmente assistita e i riferimenti a consultori familiari e a banche del latte su tutto il territorio nazionale sono solo alcuni dei servizi a favore e a sostegno della maternità che il Ministero mette a disposizione in un unico strumento applicativo.

Questo è stato un lavoro a cui ho tenuto particolarmente, volto anche a creare un contenitore di informazioni certificate, visto che su gravidanza e maternità, ma come anche su tutti i temi della medicina, si può reperire attraverso *internet* una serie di informazioni assolutamente non certificate dal punto di vista medico e sanitario, per cui c'è un serio rischio che i genitori e le neomamme possano attingere informazioni non corrette.

La stessa *app*, che poi potete visionare, contiene una mappa dei punti nascita in cui è possibile localizzare le strutture assistenziali più vicine, con le informazioni dettagliate sul numero di culle, sul numero di parti, sulla presenza o meno di unità di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, sul pronto soccorso pediatrico, sul volume di parti e così via.

Un'altra *app* importante è « Caldo e Salute », un sistema nazionale di previsione di allarme delle ondate di calore. Offre, in particolare: i livelli di rischio per la salute in ogni città per i tre giorni per cui viene sviluppata la previsione delle ondate di calore, attraverso una mappa e una sintesi grafica dei bollettini, appunto di facile consultazione attraverso i dispositivi portatili; le raccomandazioni per la prevenzione rivolte alla popolazione e ai sottogruppi a maggior rischio; il *link* per scaricare linee guida, *brochure* e materiale informativo; una mappa interattiva dei piani dei servizi e dei numeri utili a livello locale.

C'è poi « Acque di balneazione ». Attraverso l'*app* « Portale acque » del Ministero della salute, il cittadino potrà facilmente localizzare su una cartografia navigabile le aree di balneazione e consultare tutte le informazioni riguardanti la balneabilità delle stesse aggiornate in tempo reale. L'utente potrà verificare la balneabilità dell'area, eventuali divieti di balneazione, i risultati analitici del monitoraggio delle acque, le informazioni ambientali, eventuali criticità dell'area e altre utili informazioni. Si potrà interagire anche attivamente inviando segnalazioni, alle quali le autorità competenti daranno risposta al fine di mettere efficacemente in atto le misure di gestione necessarie.

L'*app* « Salva una vita » è stata realizzata insieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), con la collaborazione della Società italiana di medicina dell'emergenza urgenza (SIMEST) e la Società italiana di medicina dell'emergenza urgenza pediatrica (SIMEUP), e fornisce le nozioni di base per affrontare un'emergenza sanitaria, quindi: riconoscere le diverse situazioni, capire in quali circostanze è necessario chiamare i soccorsi, sapere che cosa fare mentre si aspetta l'arrivo dell'ambulanza e, soprattutto, che cosa non fare, evitando comportamenti scorretti che potrebbero provocare esiti negativi.

L'*app* comprende schede sulle principali emergenze per l'adulto e per il bambino con video e immagini sulle tecniche di primo soccorso, numeri utili e un quiz per

mettere alla prova la capacità di intervenire in modo corretto.

L'app « Quanto fumi? », realizzata in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, fornisce la percezione di quanto si fuma e della dipendenza dal fumo. Il fumatore può, infatti, sperimentare la riduzione del consumo giornaliero di sigarette del 20 per cento rispetto a quello abituale. Se lo desidera, può facilmente entrare in contatto con il numero verde dell'Istituto superiore di sanità per un aiuto per smettere di fumare o per trovare il centro antifumo più vicino. Prima di mettersi alla prova, il fumatore può fare il test di *Fagerstrom* per stabilire la sua dipendenza dal fumo e può verificare i propri risultati grazie a semplici grafici.

Naturalmente, questo progetto sulle *app* è ancora in una fase iniziale, però ci stiamo lavorando con grande dedizione.

PRESIDENTE. Grazie alla Ministra per le informazioni che ci ha fornito sullo stato dell'arte, che ha bisogno, per quanto detto dalla stessa Ministra, di lavoro e di stimoli continui. Da quanto evidenziato emerge che ci sono tutte le potenzialità perché si possa fare un ottimo lavoro, ma, appunto, c'è bisogno di tempo e soprattutto di voglia e passione, al fine di mettere insieme tutte le forze per provare a costruire quella modalità digitale che servirebbe a semplificare davvero il rapporto dei cittadini con la sanità.

Abbiamo una mezz'ora di tempo per eventuali domande e interventi. Ritengo siano utili non soltanto le domande, ma anche gli interventi in generale.

Do quindi la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

MASSIMILIANO DE TOMA. Innanzitutto, ringrazio il presidente, perché la settimana scorsa abbiamo svolto un incontro con Pierpaolo Sileri, il presidente della 12^a Commissione del Senato, proprio perché da mesi stavamo lavorando su un percorso relativo alla digitalizzazione, che è legato al risparmio delle risorse, ma anche al loro riallocazione. Penso che sia importante

trovare il modo per risparmiare, ma soprattutto il modo per poter allocare le risorse in modo più efficiente. Con gli strumenti descritti si riescono anche a realizzare questi percorsi virtuosi.

Dall'incontro con le diverse associazioni dei pazienti e dei medici, al di là della criticità, che lei ha citato, relative alla cronicità, è emerso sicuramente un aspetto importante – devo dire che il contributo della dottoressa Battilomo ci è servito per confrontarci –, le regioni portano avanti un percorso virtuoso, ma purtroppo esse non dialogano tra loro.

Al di là del trasferimento che avviene per chi si sposta da una regione all'altra, non certo per turismo – stiamo parlando di tutt'altro –, a mio avviso, spingere ancora di più sul fatto che le regioni devono dialogare con un'unica lingua permette, visto che è un tema trasversale che riguarda il cittadino in generale, di risolvere forse anche alcune criticità e alcuni temi che magari sentiamo ogni giorno, come quello del problema dei pronto soccorso affollati.

Le corrette informazioni possono arrivare, come io ho immaginato, con l'utilizzo della tessera sanitaria, strumento che abbiamo dentro il portafoglio e di cui non sappiamo cosa fare, se non a volte. Quello può diventare effettivamente il fascicolo sanitario di ogni cittadino, al cui interno ci dovrebbero essere tutti i dati relativi alla vita medica di ogni soggetto. Dovunque ci si trovi, quindi, attraverso un percorso semplice – siamo d'accordo con la Ministra anche su quanto affermato relativamente alla *privacy* –, il medico o la struttura o l'ASL stessa dovrebbe essere in grado di prendere visione del fascicolo, ossia della vita medica di ogni cittadino.

Incontrando, come dicevo, diverse realtà, emergono percorsi virtuosi, ma che, appunto, non dialogano. C'è questa difficoltà anche con riferimento ai medici di base. Gli stessi medici di base, che abbiamo incontrato, hanno sollevato le difficoltà che si trovano ad affrontare anche in funzione del loro percorso lavorativo. Tutto questo, se messo a sistema, forse darà risposte anche al mondo del lavoro, cioè a come la figura del medico cambierà nei prossimi

anni. Tutti vogliamo il medico pronto e a disposizione, ma, a volte, potremmo trovare delle soluzioni diverse.

L'intento, che si è coniugato un po' con l'inizio della nostra attività di indagine sulla semplificazione a livello sanitario, ha sposato questi due elementi, ma è emersa, appunto, una serie di criticità. Lei comunque ha già evidenziato che è un po' tutto il sistema a chiedere di risolvere tali criticità.

A proposito delle *app*, ve ne sono già molte, ma visto che ne vogliamo aggiungere altre, c'è, secondo me, anche un aspetto legato agli alimenti che mangiamo. Suggerirei di spingere su questo aspetto, con un ulteriore passo in avanti.

MARCO LACARRA. Presidente, ringrazio lei per aver organizzato questo incontro con la Ministra. Ringrazio la Ministra per la dettagliata esposizione su molti temi, riconoscendo sicuramente una maggiore efficienza del sistema sanitario se l'infrastruttura digitale, nel prossimo futuro e nel presente — naturalmente ci auguriamo più nel presente — potrà effettivamente costituire il cardine di aggregazione dati che consenta un servizio sicuramente migliore all'utenza. In particolare, mi riferisco alle reti nazionali.

L'infrastruttura digitale diventa fondamentale per favorire reti nazionali che siano davvero efficaci ed efficienti, ne cito una su tutte, ossia la rete oncologica. Della rete oncologica sappiamo che rappresenta un elemento essenziale per consentire una migrazione sanitaria che sull'oncologia è molto, molto corposa. L'esistenza di una rete supportata da un'infrastruttura digitale appropriata credo potrà evitare una migrazione a volte assolutamente incontrollata e non strutturata.

Io vengo dal sud. Ci sono dei centri oncologici molto importanti in Lombardia, in Friuli Venezia Giulia: a volte ci si rivolge a quelle regioni, con una sorta di « viaggio della speranza », che non è però determinato da un'effettiva organizzazione sul territorio nazionale che consenta al paziente di avere una vera assistenza dal momento in cui si accorge dell'esistenza della malattia fino al momento della terapia e delle cure.

È chiaro che si parte dalle reti oncologiche regionali, perché è evidente che c'è una competenza regionale, ma costruire su queste una rete nazionale credo possa aiutare e disciplinare meglio il fenomeno della migrazione sanitaria.

Il secondo aspetto che voglio sollecitare è il seguente.

Naturalmente, io non posso che riferirmi alle esperienze della mia terra, che vivo direttamente. Per quanto riguarda la telemedicina, essa è stata uno strumento efficacissimo per allentare il peso che grava sul pronto soccorso, e quindi anche sull'attesa che in pronto soccorso è fisiologica e, in molti casi, non riguarda codici rossi. La telemedicina, quindi, soprattutto per le malattie cardiologiche, è uno strumento fondamentale per favorire questo decongestionamento del pronto soccorso.

Non conosco lo stato nazionale sulla telemedicina, posso parlare di quello della Puglia. Credo che favorire e incentivare questi strumenti sia fondamentale anche per un efficace intervento immediato, ma soprattutto, ripeto, per favorire un maggior flusso nel pronto soccorso.

ANGELA ANNA BRUNA PIARULLI. Ringrazio la Ministra della sua presenza e della consueta disponibilità. Ringrazio anche il presidente.

Proprio ricollegandomi all'intervento del collega — sono sempre un po' monotematica, perché sono un ex direttore di carcere — vorrei sottoporre la questione della medicina telematica nelle carceri proprio per evitare traduzioni e spostamenti di detenuti, quindi costi e pregiudizio alla sicurezza.

Si tenga presente che sono state avviate delle ipotesi progettuali, però non tutte le carceri, quindi non tutte le ASL, si sono adeguate. Io ritengo che sia necessario che il detenuto venga trattato all'interno delle carceri e non fuori.

UMBERTO BURATTI. Ringrazio la Ministra.

Sicuramente, la relazione di questa mattina ci ha fornito una serie di notizie, alcune positive, soprattutto per quello che

riguarda il lavoro che è stato portato avanti dal Ministero, coinvolgendo anche le regioni, in merito al fascicolo sanitario elettronico. Come più volte ci siamo detti in questa Commissione, è fondamentale che si arrivi ad avere il fascicolo sanitario elettronico, ma anche che, se, ad esempio, un cittadino della Toscana, dove io risiedo, si trova in un'altra regione, ci sia anche lì la possibilità di accedere al suo fascicolo sanitario elettronico.

Se un cittadino si trova nella necessità di dover accedere a una struttura sanitaria di una regione diversa da quella in cui risiede, è importante che i sanitari addetti alla sua cura riescano a leggere il suo fascicolo. Credo che sia uno degli aspetti sui quali più volte noi siamo intervenuti, e lei, signora Ministra, questa mattina ci ha dato anche dei segnali positivi in questo senso. Ci auguriamo, quindi, che quanto prima, con i tempi che conosciamo, si arrivi a questo obiettivo. Vorrei, però, aggiungere una domanda.

All'interno del Governo sempre più si sta discutendo dell'autonomia differenziata. Sappiamo anche che ci sono alcuni angoli di visuale un po' diversi tra le forze di Governo. Visto che anche questa è una delle materie sulle quali eventualmente le regioni potrebbero, laddove si parla di tutela della salute, intervenire in maniera differenziata, credo che sia importante sottolineare, invece, la necessità di avere una regia nazionale proprio per non lasciare indietro quelle regioni che oggi forse non hanno neanche gli strumenti per leggere il fascicolo sanitario elettronico. Su questo punto qual è la sua posizione?

Credo che sia importante fissare questo aspetto come un punto fermo se vogliamo veramente una digitalizzazione della pubblica amministrazione che deve essere un'infrastruttura nazionale e su questo credo che il documento conclusivo di questa indagine conoscitiva dovrà essere chiaro e netto. Ci deve essere una regia nazionale. Se non operiamo in questa maniera e continuiamo con questo « spezzatino », come è stato fatto finora da ogni regione, non riusciremo a raggiungere quegli obiettivi

che ci siamo dati e di cui, soprattutto, il Paese ha bisogno.

PRESIDENTE. Non essendovi ulteriori interventi, darei la parola alla Ministra per la replica. Per sua comodità, può anche rispondere ad alcune domande per iscritto.

Vorrei soltanto aggiungere un altro aspetto, oltre a ringraziare l'onorevole Carnevali, che è venuta ad ascoltare i nostri lavori, nonostante sia impegnata nella sua Commissione. Proprio sui tempi di attuazione di alcuni progetti, ci ha detto che è stato istituito un tavolo composito. Non si tratta soltanto di una questione di numeri, ma è evidente che bisogna incrociare e accomunare questioni diverse, dalla *privacy*, alla spesa, alla necessità di coordinare tutte le regioni fino alla necessità che il Ministero della salute coordini tutto il sistema. Io sono d'accordo con chi ha detto che tutto si può fare, tranne che arrivare definitivamente ad avere ventuno sanità regionali scollegate.

Non le chiedo i tempi, naturalmente, perché è impossibile averne di certi, ma credo che nella sua relazione abbia detto che gli anni 2018-2021 sono il periodo in cui si auspica di mettere in pratica queste innovazioni che possono consentire al Paese di fare un salto di qualità notevole. Riusciremo a rispettare questo termine? Le ho sentito dire più volte che dovremmo provare a scuotere un po' la burocrazia, anche se non so come farlo, ma serve accelerare?

Diversamente, il rischio è che si rimandi al 2021-2024, in seguito al 2024-2027 e così via. Così facendo, però, non so per quanto tempo l'Italia possa continuare a stare sui livelli che, invece, meriterebbe.

Do la parola alla Ministra per la replica.

GIULIA GRILLO, *Ministra della salute*. Sicuramente, su quest'ultimo punto anche l'azione di questa Commissione può essere importante. Se la Commissione porta avanti un'azione di pungolo, di stimolo alle attività del Ministero, magari chiamando in audizione, a settembre o a ottobre, il nostro direttore generale dei sistemi di digitalizzazione, lui verrà in audizione con l'idea di dovervi fornire delle nuove informazioni.

L'andamento delle attività che si portano avanti è anche un po' legato agli stimoli esterni, quindi all'idea che possa esserci sempre un *input* per andare avanti, altrimenti le cose vanno avanti, ma con tempi che non necessariamente, per noi che facciamo politica, sono brevi. Noi abbiamo una visione un po' più accelerata delle cose e tante volte, invece, l'amministrazione, la burocrazia, è complessa.

Il tavolo che citava correttamente il presidente è in realtà di piccole dimensioni; ieri abbiamo istituito il tavolo dell'osservatorio sul piano nazionale di governo per le liste d'attesa, composto da un rappresentante per regione, quindi venti rappresentanti, più i rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Ministero della salute. Si tratta, quindi, di un tavolo composto da venticinque persone. E questi sono i tavoli più piccoli, più o meno, che si riuniscono al Ministero. Avendo venti sistemi regionali diversi, è necessario un lavoro enorme di condivisione e di elaborazione.

Personalmente, sto mettendo molta pressione, naturalmente positiva, nel senso che cerco di far riunire il gruppo di lavoro il più velocemente possibile e di farlo arrivare in modo rapido alle conclusioni. Per quanto mi riguarda, la disponibilità ad assistervi nel lavoro della Commissione è totale, così come vi chiedo un supporto alle nostre attività. Io stessa sarò disposta a tornare quando me lo chiederete e/o ad aggiornarvi periodicamente con documenti che puntualizzano lo stato di progressione di quello che ci siamo detti oggi.

Certo, ci sono processi che sono iniziati, come dicevamo prima, dieci anni fa e ancora non si sono conclusi. Questo già la dice lunga.

Vorrei sottolineare giusto due punti di replica ad alcune osservazioni, innanzitutto quella dell'onorevole De Toma, che giudico molto pertinente, su un tema di cui si sta discutendo, quello di poter utilizzare la nostra tessera sanitaria come strumento di accesso di tutti noi alle informazioni sanitarie che ci riguardano, che risolverebbe in parte anche i problemi relativi allo sposta-

mento di un cittadino da una regione ad un'altra. Se ci fosse la possibilità di spostarsi per l'Italia con la propria tessera dalla quale fosse possibile accedere a tutte le informazioni sanitarie, chiaramente per il cittadino, ma anche per chi lo cura, tutto sarebbe molto più semplice.

Questo aspetto, però, è ancora tutto da costruire, ma costituisce una delle linee di azione. Poi bisognerà stabilire anche un piano di finanziamento, perché chiaramente stiamo parlando di un progetto molto importante. Stiamo addirittura lavorando anche con l'INPS per cercare di utilizzare questo sistema anche per avere nella tessera sanitaria le informazioni relative alle invalidità al fine di agevolare il lavoro del medico di base. Proprio ieri, abbiamo svolto un incontro su questo aspetto. Si sta portando avanti un lavoro, che sarà molto lungo, ma rappresenterebbe una grande semplificazione per il cittadino.

Trovo anche utile l'idea dell'*app* nutrizionale. Anche in quel caso c'è un grande problema relativo alle informazioni non certificate sulla sanità reperibili su *internet*, che creano confusione per i cittadini.

A mio avviso anche il tema della rete oncologica è fondamentale.

Chiaramente, immaginare di istituire una rete elettronica digitale relativa solo al settore oncologico creerebbe un problema, perché stiamo cercando di lavorare su un piano globale, ovviamente.

Relativamente, però, a quello che succede a un paziente nel momento in cui gli viene comunicata una diagnosi oncologica, effettivamente c'è un problema: a oggi, il paziente non entra all'interno di un canale prestabilito e continuo dall'inizio alla fine della cura della malattia. Effettivamente, quella del paziente oncologico è una vita abbastanza complessa.

Il tema che stiamo studiando è quello di creare delle reti di malattia o di altre specialità, se così si può dire, in cui accogliere il paziente e inserirlo all'interno di un percorso. Se si è in presenza di un tipo di tumore che può essere curato solo con un certo tipo di farmaco o solo con un certo tipo di chirurgia eseguita solo in un certo tipo di struttura ospedaliera, non si

deve sperare di avere la fortuna di sapere da qualche parte come arrivare a quella struttura, ma occorre che il paziente sia inserito in un percorso che consenta una presa in carico reale, che oggi non c'è. Effettivamente, il tema è corretto.

Poi, nell'attuare la presa in carico, nel capire quale sia lo strumento ICT più appropriato e come l'ICT interagisca, probabilmente il tema più importante è quello della condivisione delle informazioni e della condivisione del percorso. Concepirlo separato da tutto il resto, però, non so se sia concretamente fattibile. Il tema oggettivamente c'è, e quindi è giusto sottolinearlo.

Quanto alla telemedicina nelle carceri, questo tema rientra nel progetto di valutazione di implementazione di tutti i processi di telemedicina. Sicuramente, quello è uno degli ambiti di sviluppo. Abbiamo già un capitolo dedicato proprio a questo aspetto.

Infine, quanto al tema delle autonomie, e quindi dei diversi trattamenti, di fatto già oggi, come dicevate correttamente, nell'autonomia regionale ciascuna regione si è diversamente organizzata per offrire servizi digitali ai cittadini.

In Trentino, ma non solo, anche in diverse aziende sanitarie di altre regioni, sono operative *app* per eseguire le prenotazioni digitali o ricevere, per esempio, i risultati delle analisi o delle radiografie e così via. Oggettivamente, quindi, alcune regioni già offrono dei servizi che altre non offrono, e questo in parte rientra nell'autonomia.

Qual è, però, l'obiettivo del Ministero, come giustamente dice l'onorevole Buratti? In questo senso diventa fondamentale il nostro ruolo, che è proprio quello di monitorare che cosa succede in tutte le regioni, anche in quelle in cui non succede niente, e, quindi, ricordare, con tutti gli strumenti burocratici e amministrativi che abbiamo a disposizione, di spendere le risorse stanziare per realizzare gli obiettivi che ci siamo posti. Poi ci sono regioni che hanno più risorse, e quindi riescono a fare di più rispetto agli standard minimi previsti anche da tutti i piani di cui vi ho parlato.

Certo, in questo il Ministero ha ancora grandi difficoltà. Ve lo confermo. Oggettivamente, venti regioni sono tante e non abbiamo ancora sistemi efficaci di comunicazione con le regioni. Spesso, le comunicazioni sullo stato di avanzamento di un progetto avvengono tramite *e-mail* o telefonate. Non è che sempre si riesca a raccogliere tutte le informazioni necessarie.

Secondo me, per rispondere alla domanda, è un compito che deve avere lo Stato, ma non è un compito facile. Considerate che l'Italia è l'unico Paese con questo sistema di venti diverse regioni, in un territorio limitato dal punto di vista delle dimensioni, non paragonabile, ad esempio, a quello degli Stati Uniti. Abbiamo una grande complessità, che chiaramente va gestita con metodi che, a mio avviso, devono essere più efficaci rispetto allo scambio di *e-mail* o di telefonate.

Probabilmente, anche in questo caso l'infrastruttura nazionale digitale ci dovrebbe aiutare a rendere più efficaci, se non automatici, gli scambi di dati tra le regioni, cosa che, in parte, già oggi, con la collaborazione del NSIS e della Società generale d'informatica (SOGEI), si fa, ovviamente a seconda dei campi di pertinenza. Ritengo, però, che il flusso di dati vada assolutamente incrementato ed è un lavoro che stiamo portando avanti.

Giusto per portare un esempio pratico, immaginate che su tutto il personale della continuità assistenziale, quindi medici di medicina generale, guardie mediche, medicina penitenziaria e medicina dell'emergenza, non ci sono flussi di dati che vengono alimentati dalle regioni e che forniscono informazioni al Ministero, che quindi non ha informazioni precise su questa parte del personale sanitario, che è, come dicono le cronache oggi, fondamentale. Su molti aspetti non dico che siamo all'anno zero, ma c'è davvero tanta strada ancora da fare.

Per il resto, invece, tanto è stato fatto. L'NSIS è un sistema comunque nazionale, alimentato da dati regionali, che fornisce già tantissime informazioni quantomeno a livello ospedaliero, che comunque è un settore abbastanza importante della nostra sanità.

FRANCESCA GERARDI. Ringrazio la Ministra per essere qui questa mattina.

Trovo interessante tutto quello che è stato detto nella relazione da parte della Ministra. Credo che ci sia bisogno di una digitalizzazione, come ha detto lei poc'anzi, per ricordare anche il flusso delle informazioni. Molte volte, da struttura a struttura non c'è comunicazione. Anche quando vengono inviati esami da un ospedale all'altro — un paziente può essere anche trasferito da un ospedale all'altro — molte volte non si conosce la storia del paziente e la cartella clinica di provenienza.

Vorrei, però, porre l'accento anche su un'altra questione, che magari può sembrare poco attinente con il discorso di questa mattina.

Lei ha parlato di un divario importante tra regione e regione, anche nel modo di operare. Io appartengo a questa regione, perché sono della provincia di Frosinone, una provincia che purtroppo ha visto in tempi addietro un piano di rientro ospedaliero che ha determinato la chiusura di diversi ospedali, tra cui un ospedale del mio paese, quello di Pontecorvo, molto grande anche con riferimento al centro Italia e alla zona del basso Lazio.

Il problema, Ministra, si presenta proprio a livello regionale: abbiamo l'assenza totale di un assessore alla sanità. All'interno della regione Lazio, regione enorme, che ha una spesa sanitaria enorme, che può vantare rispetto a tante altre regioni, siamo comunque in continua difficoltà. Lo dicemmo anche in un'altra occasione in cui questa Commissione si è riunita: sempre più cittadini della regione Lazio si devono spostare, andare fuori dalla propria regione, per esempio in una regione piccola come il Molise, per accedere a prestazioni sanitarie per le quali qui magari servono due anni d'attesa.

Oltre al discorso delle liste d'attesa, e ben vengano i tavoli che sono stati istituiti, quello che chiediamo è un'attenzione maggiore alla regione Lazio, perché la sanità del Lazio è in condizioni pietose. L'unico interesse che c'è riguarda le varie nomine relative alle posizioni che si devono rinnovare, come adesso succederà all'ospedale di

Frosinone, dove, finalmente, si riuscirà a sostituire il *manager* che prenderà posto all'ASL. Ci aspettiamo che il sostituto adesso sia una persona capace e competente, perché l'ospedale di Frosinone è in condizioni pietose.

La settimana scorsa, è stato aperto un fascicolo sulla morte di una paziente, che purtroppo aveva un infarto in corso, e invece è stata dimessa e mandata tranquillamente a casa. Ci aspettiamo un occhio più severo sulla regione Lazio.

ANDREA ROSSI. Ministra, esprimo solo una valutazione molto rapida.

Arrivo da un'esperienza in Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna, con il presidente Bonaccini. Vorrei semplicemente darle un consiglio, se possibile.

Il processo di dematerializzazione degli atti in un settore come quello della sanità serve soprattutto a migliorare il servizio. Far viaggiare informazioni relative ai pazienti sulla rete da un ospedale all'altro vuol dire migliorare un servizio. Molto semplicemente, ieri il mio medico mi ha preparato una ricetta che ho potuto utilizzare per reperire un farmaco qui a Roma. Questo è il modello che vorremmo.

Le do un consiglio. Visto che è stata amministratore, sa che in tutti i territori, che si tratti di una provincia o della regione, c'è un momento in cui si devono far dialogare o i comuni o le province o, come in questo caso, le regioni, ma, a mio avviso, l'unica possibilità è che si prenda un modello di riferimento di una regione virtuosa, che sia la Lombardia, l'Emilia-Romagna o un'altra regione. Quello deve diventare il modello di riferimento che si dovrà esportare sul territorio, se si intende fare una scelta anche di coraggio e forte per arrivare ad avere uniformità sul territorio per quanto riguarda almeno le informazioni di base che lei ci ha fornito.

PRESIDENTE. Ricordo a tutti noi che, purtroppo, siamo soltanto la Commissione per la semplificazione e non possiamo prendere impegni per le Commissioni permanenti che si occupano di sanità della Camera o del Senato. Alcuni temi sono di

competenza delle Commissioni permanenti. Noi abbiamo il compito di stimolare rispetto alla semplificazione, pertanto è bene riuscire a tenere tutti i nostri interventi nel limite di questa materia.

Concludo dicendo che sicuramente accogliamo la disponibilità della Ministra a svolgere quello che sarà un nuovo incontro, più che una audizione. Ci piace che le audizioni si svolgano in modo aperto e poco formale. Abbiamo già richiesto che il direttore generale dei sistemi di digitalizzazione svolga un'audizione in questa sede. La sua sollecitazione, quindi, era stata in qualche modo già anticipata.

Nel frattempo, comunque, continueremo a svolgere i nostri lavori nelle prossime settimane. Prima della chiusura estiva, audiremo anche la Ministra per gli affari regionali, in modo da poter costruire un dialogo anche con l'altra parte non secondaria. Audiremo poi i rappresentanti delle regioni. In questo modo avremo un quadro e poi, alla ripresa dei lavori, svolgeremo un

nuovo incontro per fare il punto della situazione.

GIULIA GRILLO, *Ministra della salute*. Secondo me, realisticamente, se vogliamo anche parlare anche dello stato di avanzamento dei lavori, è meglio organizzare un incontro per il mese di ottobre.

PRESIDENTE. A settembre ci accorderemo per una data, tenuto conto che per il 29 febbraio chiuderemo l'indagine conoscitiva, quindi entro la fine dell'anno vorremmo provare a concludere il ciclo di audizioni.

Se è possibile avere, anche attraverso *e-mail*, la relazione della Ministra, questa sarà messa a disposizione dei commissari. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.35.

*Licenziato per la stampa
l'11 settembre 2019*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



18STC0070000