

COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'ATTUAZIONE DEL FEDERALISMO FISCALE

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

32.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 7 LUGLIO 2021

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **CRISTIAN INVERNIZZI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Speranza Roberto, <i>Ministro della salute</i> ..	4, 12
Invernizzi Cristian, <i>presidente</i>	3	Errani Vasco (Misto-LeU-Eco)	11
Audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza, sullo stato di attuazione e sulle prospettive del federalismo fiscale, anche con riferimento ai relativi contenuti del Piano nazionale di ripresa e resilienza:		Ferrero Roberta (L-SP-PSd'Az)	9
Invernizzi Cristian, <i>presidente</i> ...	3, 9, 10, 12, 16	Osnato Marco (FDI)	9
		Perosino Marco (FIBP-UDC)	10
		Ruggiero Francesca Anna (M5S)	10
		Russo Paolo (FI)	12

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
CRISTIAN INVERNIZZI

La seduta comincia alle 8.15.

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 del Ministro della salute, Roberto Speranza, sullo stato di attuazione e sulle prospettive del federalismo fiscale, anche con riferimento ai relativi contenuti del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca ai sensi dell'articolo 143, comma 2 del Regolamento della Camera, l'audizione del Ministro della salute Roberto Speranza, sullo stato di attuazione e sulle prospettive del federalismo fiscale, anche con riferimento dei relativi contenuti del PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza).

Prima di lasciare la parola al Ministro per lo svolgimento della relazione introduttiva, ritengo opportuno rimarcare che dall'audizione odierna potrà essere ricavato un importante contributo valutativo circa l'assetto e le linee evolutive delle relazioni finanziarie tra lo Stato e le autonomie in un settore particolarmente sensibile come quello sanitario. In tale ambito, lo sforzo diretto a dare piena attuazione al federalismo fiscale è strettamente connesso alla finalità di coniugare adeguatamente la tutela dei livelli essenziali di assistenza, da

erogare in condizioni di efficienza e appropriatezza sull'intero territorio nazionale, con il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, anche alla luce degli obblighi assunti in sede comunitaria. Questo risultato implica una gestione attenta delle risorse, sul piano delle entrate e su quello della spesa, da parte di tutti i livelli di governo, nonché una leale ed efficace cooperazione interistituzionale e la promozione di circuiti amministrativi virtuosi, fondati sulle migliori esperienze offerte dai servizi sanitari regionali, soprattutto in un momento, come quello attuale, caratterizzato dall'emergenza pandemica. Tenuto conto di quanto appena evidenziato, appare significativo che il Piano nazionale di ripresa e resilienza - oltre a prefigurare un processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, anche tramite investimenti sulle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, sulla ricerca e sul capitale umano - contenga espliciti riferimenti, in un più ampio quadro di riforme, alla necessità di portare coerentemente a compimento il disegno del federalismo fiscale.

Ricordo che i componenti della Commissione, in virtù di quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento della Camera nella riunione del 4 novembre 2020, possono partecipare alla seduta odierna anche da remoto. Al fine di assicurare un ordinato svolgimento dei lavori, avverto che, secondo le intese intercorse, dopo la relazione del Ministro Speranza, darò la parola a un oratore per Gruppo. Esaurita questa fase della discussione, se il tempo a disposizione lo consentirà, potrà aver luogo un'eventuale ulteriore serie di interventi, lasciando comunque spazio per la replica del Ministro. Invito, pertanto, a far pervenire alla Presidenza le richieste di iscrizione a

parlare. Raccomando, altresì, ai colleghi di contenere la durata degli interventi.

A questo punto, do il benvenuto al Ministro Speranza, che ringrazio, a nome di tutta la Commissione, per aver accettato l'invito, cedendogli la parola. Prego, Ministro.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Grazie a tutti voi. Accetto questo invito con particolare piacere, perché credo che sia un'occasione utile anche per potere dare un po' il senso dell'operazione PNRR in ambito sanità. Questo è particolarmente vero in un tempo delicato come quello che stiamo vivendo, in una fase in cui siamo ancora dentro una epidemia, ma in cui, grazie soprattutto alla campagna di vaccinazione — oggi superiamo 55 milioni di dosi somministrate nel nostro Paese — siamo in condizioni di poter meglio progettare e definire le scadenze dei prossimi mesi e anche una riforma del Servizio sanitario nazionale che provi a trarre beneficio dalle molte lezioni ricevute in questi mesi così difficili.

Nel tempo congruo che abbiamo concordato proverò a dare un quadro di massima degli interventi del PNRR e soprattutto della loro correlazione con le tematiche che più competono ai lavori di questa Commissione.

Parto da un concetto che ritengo fondamentale: dentro questa nuova fase dell'epidemia, caratterizzata da un tasso significativo di vaccinazione, dobbiamo provare a trasformare la crisi in un'opportunità. Credo che questo sia il concetto fondamentale che ci ha guidato nella stesura del PNRR. Da mesi così difficili in qualche modo arriva la lezione di chiudere definitivamente una lunga stagione di tagli e di sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale e aprire una nuova grande stagione di investimento. I circa 20 miliardi che fanno parte di questo progetto rappresentano risorse straordinarie che possono consentire un salto di qualità nel rilancio del nostro Servizio sanitario nazionale e anche nella definizione di alcune riforme che toccherò, anche se velocemente.

Come intendiamo spendere questi 20 miliardi? Ci sono due macroambiti fonda-

mentali su cui ci muoviamo: il primo ha a che fare con l'assistenza di prossimità e con la telemedicina e il secondo ha a che fare con la formazione, la ricerca e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Queste sono le due macrovoci fondamentali.

Voglio iniziare dalla prima che ritengo assolutamente centrale ed è correlata con la necessità di rafforzare l'assistenza sanitaria del territorio. Infatti, questo è apparso come il nodo principale con cui avere a che fare anche nei 17 mesi di gestione dell'emergenza COVID-19, ovvero la necessità di costruire un Servizio sanitario nazionale che sia il più possibile di prossimità.

Vorrei che la parola « prossimità » fosse davvero la parola chiave di tutta l'impostazione generale che abbiamo messo in campo su questa materia. Che cosa significa « prossimità »? Significa l'idea di un Servizio sanitario nazionale il più possibile vicino alle persone e alle loro esigenze, in cui non deve essere il cittadino a inseguire il Servizio sanitario nazionale, ma il Servizio sanitario nazionale deve cercare il più possibile di avvicinarsi e accompagnare i percorsi di vita e i bisogni dei singoli cittadini.

In termini concreti questo significa fare alcune scelte fondamentali. Ad esempio, la prima è quella di immaginare che la propria casa diventi il primo luogo di cura. Queste parole possono essere immediatamente tradotte anche in cifre che noi investiamo: dei 20 miliardi del PNRR mettiamo ben 4 miliardi sull'assistenza domiciliare, proprio con l'obiettivo di immaginare che la casa diventi — come ho detto — il primo luogo di cura.

Qualche numero è utile per dare il senso del dove siamo e del dove vogliamo arrivare. Qual è il paradosso dell'Italia di oggi? Grazie anche al nostro Servizio sanitario nazionale e alla qualità della vita del nostro Paese, a cui aggiungo anche la qualità delle nostre cure in Italia, noi siamo uno dei Paesi con il maggior numero di anziani a livello mondiale ed europeo. Infatti, l'età media di aspettativa di vita del nostro Paese è tra le più alte del mondo e d'Europa. Nonostante ciò, fino a un anno noi ave-

vamo fa dei dati di copertura sull'assistenza domiciliare per le persone sopra ai 65 anni molto bassi.

La media dei Paesi OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) è il 6 per cento della copertura delle persone sopra i 65 anni con assistenza domiciliare, mentre fino a un anno fa noi in Italia eravamo al 4 per cento, 2 punti sotto la media OCSE. Abbiamo fatto un importante investimento sul decreto Rilancio, che ci ha portati al 6,7 per cento, passando da -2 a +0,7. I migliori esempi in Europa, ad oggi, sono Germania e Svezia con circa il 9 per cento di assistenza domiciliare per le persone sopra i 65 anni.

Con questi 4 miliardi che noi mettiamo in campo e che sono risorse vere che serviranno per rafforzare l'assistenza domiciliare sui territori, il nostro obiettivo è diventare il primo Paese d'Europa per assistenza domiciliare con una cifra che sia superiore al 10 per cento. Come vedete, significherebbe portare l'Italia in un arco di tempo breve, dal 4 per cento - 2 punti sotto la media OCSE - a oltre il 10 per cento, ovvero 4 punti sopra la media OCSE.

Possiamo fare questo, perché ci sono risorse straordinarie che vengono individuate per l'ammontare di 4 miliardi, di cui uno verrà investito in modo particolare sulla telemedicina perché, come è noto, l'assistenza domiciliare va letta in termini anche innovativi e moderni. Per me assistenza domiciliare significa un medico e un infermiere che vengono a casa, ma significa anche una capacità del Servizio sanitario nazionale di poter interagire costantemente con il cittadino, con l'individuo che è a casa attraverso gli strumenti della nuova tecnologia, le reti e i dispositivi mobili.

La parola « prossimità » si può declinare nel senso un po' più tradizionale del medico e dell'infermiere che vengono a casa, ma credo che sia corretto declinarla anche in modalità più dinamiche come possono essere quelle dell'utilizzo delle reti digitali, della sanità digitale e delle nuove tecnologie di cui disponiamo.

Quindi, questi 4 miliardi sono un primo pezzo essenziale del primo ambito, cioè quello della assistenza territoriale.

Investiremo 2 miliardi sulle case di comunità. Le case di comunità sono dei luoghi di assistenza sanitaria, di primo accompagnamento e di attenzione di natura sociale - noi pensiamo che ne possano essere finanziati 1.350 -, dove vi è una prima assistenza e una primissima risposta sia di carattere sociale che di carattere sanitario.

Su questo vorrò tornare velocemente, perché penso che qui c'è un ruolo anche di relazione tra i servizi sanitari nazionali e i Comuni. So che è un tema di cui si discute in questa Commissione, perché, come è noto, la competenza di assistenza sociale è molto connessa ai servizi che i Comuni offrono.

Che cosa ci insegnano la storia recente del nostro Paese e questa pandemia? Che molto spesso dove c'è un problema sociale, arriva poi un problema sanitario. Questo vale anche al contrario: dove c'è un problema sanitario, molto spesso si trova anche un problema sociale.

L'idea di queste case di comunità, che saranno 1.350 presidi reali sul territorio che noi diffonderemo in tutte le aree del Paese, è di tenere dei luoghi multiprofessionali, dove ci sarà l'assistente sociale, una presa in carico più puramente sanitaria con l'utilizzo di tutte le cure primarie e il coinvolgimento di tutti i soggetti delle cure primarie, che ci consentano di avere un primo luogo di contatto tra il cittadino e il Servizio sanitario nazionale. Quello poi sarà il luogo dove valutare e decidere anche il livello di complessità del problema con cui abbiamo a che fare per capire qual è l'indirizzo e la strada migliore da assumere per ciascun cittadino.

L'altro investimento rilevante di un miliardo è sui cosiddetti « ospedali di comunità », che sono degli ospedali a prevalente gestione infermieristica che servono sostanzialmente per sviluppare le cure intermedie. Si tratta di luoghi non per le persone che hanno problemi di alta complessità, che vanno nei presidi ospedalieri più classici, ma luoghi dove poter assistere e accompagnare per medio periodo persone che hanno livelli di complessità più bassi o che siano anche in una fase di uscita dai presidi sanitari classici, non avendo le con-

dizioni per poter essere seguiti con l'assistenza domiciliare. Quindi, si tratta di un luogo di cure intermedie.

Come vedete, questa operazione è molto rilevante, perché ci mette nelle condizioni di innervare la nostra rete territoriale, che è una rete essenziale. La rete di prossimità è la rete di vicinanza e più noi riusciamo a risolvere i problemi dei cittadini a un livello di prossimità, meglio è.

A questa prima parte di investimenti si accompagna una riforma. Nella Missione 6, insieme ai venti miliardi sono previste tre riforme. La prima di queste riforme — che ritengo la più importante — è connessa esattamente a questi miliardi che ho provato velocemente a indicare in termini di investimento ed è una riforma di riorganizzazione della assistenza sul territorio.

Come voi sicuramente sapete il decreto ministeriale n. 70 è stato lo strumento attraverso cui lo Stato, di intesa con le Regioni, ha riorganizzato la rete ospedaliera. È stata una riorganizzazione molto importante con il modello *hub and spoke* che ha definito gli standard con cui gestire tutta la rete ospedaliera nel nostro paese. Di intesa con le Regioni — su questo c'è un tavolo attivato di confronto con loro — noi stiamo lavorando per costruire quello che volgarmente viene definito dai nostri tecnici il « decreto ministeriale 71 ». La stessa operazione che è stata fatta con standard che riorganizzavano la rete ospedaliera, la facciamo ora sulla rete territoriale, ma con una differenza fondamentale: mentre per la riorganizzazione della rete ospedaliera questo in conseguenza ha significato spesso una riduzione dei presidi sanitari, perché rispetto ai parametri che noi davamo come Stato — era il 2015 e vi era un'altra stagione politica — lo Stato aveva indicato degli standard che spesso prevedevano una riduzione di presidi ospedalieri, nell'operazione speculare che facciamo ora sul territorio avviene esattamente l'opposto, poiché diamo standard in cui chiediamo maggiori reti di assistenza territoriale e mettiamo risorse per finanziarle. Noi chiederemo sostanzialmente un aumento della assistenza domiciliare, un aumento delle case di comunità e un aumento degli ospedali di

comunità, che alla fine saranno circa 400 nel nostro Piano e nel nostro progetto.

Da un lato vi sono le risorse, che sono fondamentali, e dall'altro lato vi è una riforma che ci consente di avere degli standard equi e piuttosto uniformi sul territorio nazionale, che puntano a far salire e crescere la nostra rete di assistenza territoriale.

Sempre dentro questo ambito di assistenza territoriale vi è un altro progetto che io ritengo particolarmente rilevante, che vale circa un miliardo e che si accompagna anche a una riforma. È un progetto che prova a tenere insieme due questioni che, dal mio punto di vista, sono davvero fondamentali: la questione della prevenzione sulla salute e la questione della prevenzione sul lato ambientale. Sempre più la letteratura, ma anche gli esempi più quotidiani che viviamo nelle nostre esistenze, ci segnalano una relazione molto forte tra questi sistemi.

Investiamo un miliardo per mettere a sistema e far incrociare il più possibile la rete di monitoraggio e di prevenzione dell'Istituto superiore di sanità con quella più meramente ambientale che, invece, è costruita dall'ISPRA (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale). È un'operazione in cui noi immettiamo risorse per circa un miliardo, e facciamo una riforma — è la seconda riforma del nostro progetto — che è quella di far dialogare questi due sistemi di monitoraggio, che esistono e sono funzionanti, ma che oggi non hanno una capacità di interconnessione.

Dal nostro punto di vista, interconnettere un livello di monitoraggio sanitario con un livello di monitoraggio ambientale va sicuramente nella direzione giusta.

Proseguo velocemente per raccontare il senso fondamentale del secondo pezzo della nostra operazione, che è quella che abbiamo chiamato « Formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria », in cui facciamo tutta una serie di altre operazioni che ritengo di grande valore.

Il primo pezzo di questo secondo ambito ha a che fare con l'ammodernamento tecnologico e digitale. Si fa una grande

operazione, poiché si tratta di un investimento di 4 miliardi di euro volti a modernizzare tutte le attrezzature dei nostri presidi sanitari ad alta complessità che abbiano più di cinque anni. Come sapete, l'evoluzione tecnologica in sanità, come in tanti altri settori, corre molto velocemente e avere una strumentazione, quando si va in ospedale o presso un presidio sanitario, che sia molto nuova e che abbia un livello di anzianità bassissimo è sinonimo di poter intercettare in termini di servizi e di assistenza la potenzialità delle innovazioni.

Che cosa facciamo con questi quattro miliardi? L'idea è quella di cambiare, acquistando nuovi prodotti, tutti gli strumenti ad alta complessità che hanno meno di cinque anni. Come vedete, questa è una grande «operazione Paese» che noi facciamo, e che ci consentirà di ridurre anche il livello di disuguaglianza tra territori. Non si tratta solo di una questione che riguarda la matrice più classica delle differenze territoriali tra Nord e Sud nota a tutti, perché spesso anche dentro le stesse Regioni vi sono dinamiche per cui un'azienda sanitaria ha avuto maggiori risorse e maggiori sostegni ed è nelle condizioni di rinnovare più celermente il proprio parco di macchine complesse per l'assistenza sanitaria, ma vi sono anche aree, ospedali e aziende sanitarie dove questo non è potuto avvenire.

Noi facciamo un'operazione *erga omnes*, in cui andiamo a cambiare sostanzialmente tutta la strumentazione ad alta complessità che ha più di cinque anni. È un'operazione che ritengo di rilevante ammodernamento, di equità e di allineamento dei servizi sul territorio nazionale.

Inoltre, mettiamo 3 miliardi sull'edilizia sanitaria. Qui che scelta facciamo? Come sapete, l'edilizia sanitaria è già finanziata dal famoso articolo 20 della legge del 1988, ma facciamo un'operazione di 3 miliardi che, visti anche i tempi di esecuzione di questi lavori dati dalla Commissione europea, prova a concentrare queste risorse sull'adeguamento antisismico.

In collaborazione con le Regioni stiamo provando a definire in via definitiva i fabbisogni di ciascuna realtà regionale e proveremo a fare un intervento, i cui tempi rispetto alla nuova edilizia sanitaria sono molto più ridotti — consentendoci di usare le risorse nei tempi stabiliti — che abbia l'obiettivo di mettere in sicurezza tutti gli edifici sanitari del nostro Paese che sono in zona sismica e che hanno bisogno di una copertura.

Sempre dentro questo ambito di ammodernamento della nostra offerta sanitaria, facciamo anche un'operazione molto importante — che io rivendico — di potenziamento del fascicolo sanitario elettronico di raccolta, di elaborazione e di analisi dei dati. Su questo investiamo 1,67 miliardi, e ci auguriamo che ciò costituisca il salto definitivo di questo strumento assolutamente importante del fascicolo sanitario elettronico.

Non c'è il tempo in questa sede per fare un approfondimento vero di questa materia, ma questo è un po' il cuore dell'operazione della sanità digitale, perché la vera ricchezza dei servizi sanitari nazionali oggi è anche una mole di dati che sono a disposizione dei nostri servizi sanitari nazionali. Questa mole di dati ci consente anche un'operazione di analisi e una costruzione di modelli predittivi che possono farci capire in anticipo qual è la tendenza epidemiologica del nostro Paese e quali sono le priorità sulle quali dobbiamo investire. Questo ambito è essenziale non solo in termini di servizi immediati — penso all'operazione del fascicolo sanitario elettronico —, ma anche di raccolta ed elaborazione dei dati che ci possano consentire in anticipo di leggere le tendenze che ci faranno capire meglio dove sta andando la nostra popolazione.

Dentro questo ambito vi è poi un investimento sulla valorizzazione e sul potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale. Accompagnato a questo ambito, vi è la terza riforma di cui velocemente vi parlo, che è una riforma che ha a che fare con la nostra rete degli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico). Come sapete, gli IRCCS

sono degli istituti che hanno una particolarità, perché uniscono il lato del ricovero, della cura, dell'assistenza con il lato della ricerca. Noi riteniamo che questa peculiarità del nostro Servizio sanitario nazionale sia di particolare valore, che vada difesa, rilanciata e che vada resa sempre più in grado anche di competere con gli altri luoghi della ricerca internazionale.

Investiamo mezzo miliardo sull'ecosistema innovativo della salute con l'idea di un *hub life science* e di un *hub* antipandemico.

Infine, vi è l'ultimo pezzo, che è ultimo solo in termini di elencazione, ma che probabilmente è quello più rilevante in termini di prospettiva, perché tutta questa operazione si può fare se mettiamo al centro le persone, l'uomo e chi lavora nei nostri presidi sanitari. Infatti, facciamo un investimento di 2 miliardi sostanzialmente sulla formazione.

Come vengono spesi questi 2 miliardi? Una parte verrà spesa in borse di studio per medici di medicina generale, di cui c'è un forte bisogno e su cui decidiamo di fare un investimento nazionale; un'altra parte verrà spesa per 4.200 contratti per le borse di specializzazione, e inoltre facciamo un investimento molto forte sulla formazione continua e in modo particolare sulle competenze manageriali e digitali, oltre che una formazione sulla grande questione dell'antimicrobico-resistenza e delle infezioni, che è un grande tema su cui il nostro Paese deve necessariamente investire. Come vi dicevo, questo investimento è di 2 miliardi.

Se quindi fate la somma di tutte queste cifre che vi ho riportato si arriva a 20,23 miliardi, e ritengo che sia una cifra molto rilevante che ci può far fare quel salto di qualità del nostro Servizio sanitario nazionale di cui abbiamo davvero bisogno.

Aggiungo un'ulteriore considerazione e concludo: è chiaro che questa operazione è un'operazione che ha un impatto sui territori, perché la nostra Costituzione dà una funzione fondamentale alle Regioni nella gestione della rete sanitaria a livello regionale. Non vi è alcun dubbio che su questo vi sia una interlocuzione costante. Infatti, stiamo facendo un lavoro di coordina-

mento continuo con le Regioni e in modo particolare sulle riforme di cui si ragiona. Soprattutto sulla riforma del territorio — che è quella più rilevante anche in termini sistemici e in termini di impatto sul Servizio sanitario nazionale — c'è un lavoro che non può che essere condiviso.

Ho già parlato del ruolo dei Comuni, che ritengo essere un ruolo rilevante. Come sapete, la Missione 6 è una missione caratterizzata sull'ambito della salute in senso stretto, ma in realtà la Missione 6 ha un nesso molto forte anche con la Missione 5, la quale tocca le questioni delle politiche del lavoro, le questioni del *welfare*, le questioni della non autosufficienza e dell'assistenza sociale in senso un po' più classico.

È chiaro quindi che tra questi temi c'è un nesso molto forte e in modo particolare credo che, oltre al ruolo delle Regioni — che è un ruolo preminente in virtù delle funzioni che le Regioni hanno in ambito sanitario — vi dovrà essere un ruolo fondamentale dei Comuni soprattutto nella gestione del lato sociale. Siccome noi crediamo che portare l'assistenza sanitaria il più possibile sul territorio presenta una forte correlazione con le politiche del *welfare* e dell'assistenza sociale, ci sarà bisogno anche di un coinvolgimento molto forte dei nostri Comuni.

In conclusione, penso davvero che siamo di fronte a uno snodo decisivo: in questa seconda parte di gestione della pandemia che è ancora in corso e che ci richiede molta attenzione e prudenza, noi abbiamo questa straordinaria opportunità. Parlo di seconda fase di gestione della pandemia in quanto è una fase significativamente caratterizzata dalla disponibilità dei vaccini, e questo è sicuramente un elemento *game changer*, che cambia i rapporti di forza in campo nella nostra sfida contro il COVID-19. In questa seconda fase noi dobbiamo sicuramente avere come priorità ancora la lotta contro la pandemia, ma abbiamo finalmente strumenti economici, progettuali e finanziari che in termini di capacità ci mettono nelle condizioni di disegnare il Servizio sanitario nazionale del futuro. Io sono un difensore dei principi fondamentali ispiratori del nostro Servizio sanitario

nazionale, come il principio, per esempio, dell'universalità delle cure o i principi proclamati dalla nostra Costituzione all'articolo 32. Credo che oggi ci siano le condizioni per rinnovare l'adesione profonda a quei principi, ma in un quadro di nuovo investimento, di rilancio, di messa a disposizione di nuove risorse e anche di una riforma più complessiva che provi a valorizzare i punti di forza e a intervenire sui punti di maggiore debolezza.

Dalle cose che ho detto, il punto essenziale su cui noi vogliamo provare a intervenire è proprio il rafforzamento della rete territoriale — questa è la matrice essenziale del nostro lavoro — e anche l'investimento sulla sanità digitale, che è un investimento che ha enormi potenzialità e su cui sicuramente possiamo provare a esprimere un'accelerazione che credo possa fare molto bene al nostro Paese.

Questo è l'impianto di fondo con cui ci muoviamo. Le relazioni sono costruite costantemente anche in un rapporto con chi sul territorio dovrà svolgere questa funzione, sia le Regioni che i Comuni. Credo di aver dato in un tempo abbastanza breve il senso essenziale dell'operazione che stiamo compiendo, e sono a disposizione per eventuali ulteriori approfondimenti. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, Ministro. Adesso lasciamo spazio agli interventi dei colleghi che intendono intervenire per porre questioni o fare osservazioni. Si è iscritta per prima la senatrice Ferrero. Prego, senatrice.

ROBERTA FERRERO. Grazie, signor Ministro, per la sua presenza odierna, perché è sicuramente un'occasione molto importante. Oggi lei ci ha parlato di futuro, ma ci ha anche parlato finalmente di cure, di ospedali di comunità — li chiamerei « di prossimità » — e di ammodernamento. Sono tutti argomenti di cui sicuramente abbiamo bisogno per il futuro, soprattutto per quanto riguarda la prossimità degli ospedali, che ha avuto dei forti tagli nel passato. Dopo una stagione di tagli, finalmente si parla di avere delle cure di prossimità.

Tuttavia, signor Ministro, i problemi sono attuali. Stiamo parlando di PNRR e di

qualcosa che si realizzerà in futuro. Di tempo non ce ne è molto e sappiamo che ci sono già delle previsioni, ma non si sa bene dove si andrà nei prossimi mesi nell'autunno.

Per questo motivo volevo farle due domande. Per quanto riguarda le case di comunità, le chiedo se ha previsto un intervento specifico per quanto riguarda la salute mentale perché, soprattutto in questo periodo, è diventato un argomento che si è acuitizzato con il COVID-19.

La seconda domanda, invece, riguarda le strategie utilizzate fino ad adesso contro il COVID-19. La strategia principe è stata individuata nella vaccinazione, però la strategia delle cure domiciliari è stata un po' messa da parte, mentre secondo noi — l'abbiamo anche votato in Senato — dovevano essere due filoni che andavano parallelamente.

Le ricordo che, ad esempio, il Piemonte ha messo in campo già nella primavera del 2020 un protocollo di cure domiciliari precoci. Diciamoci la verità, questo ha avuto un percorso un po' accidentato, perché è stato in qualche maniera ostacolato. Anche alla luce degli sviluppi che ormai sono sotto gli occhi di tutti della strategia dei vaccini in tutto il mondo e i dati che ormai abbiamo, volevo chiederle se lei ritenga comunque importante, come abbiamo chiesto anche in Senato nella mozione che abbiamo votato, di abbinare la strategia delle cure domiciliari alla strategia vaccinale, e che ciò avvenga subito senza aspettare i soldi del PNRR, poiché deve essere una strategia attuale. La ringrazio molto per le risposte che darà.

PRESIDENTE. Grazie a lei, senatrice. Ricordo di contenere gli interventi, perché il Ministro a breve ha ulteriori impegni. Lascio la parola all'onorevole Osnato. Prego.

MARCO OSNATO. Grazie, Ministro per la sua presenza. Va bene tutto quello che concerne la digitalizzazione e la telemedicina, però raccomanderei di valutare prima che ci siano le infrastrutture digitali atte a sostenere tutto questo, perché se c'è una cosa che abbiamo imparato dalla pandemia

è che ci sono intere aree del Paese che sulle infrastrutture digitali sono assolutamente carenti.

Qui siamo in una Commissione che si occupa di federalismo fiscale, e credo che bisogna anche concentrarsi su quelli che sono gli scenari che questo prevede.

Lei ha parlato di case di comunità e di ospedali di prossimità. Credo che tutto questo sia una grande sfida. Vorrei capire come questo intervento si è collegato e come si collegherà con le autonomie locali, e con le Regioni in *primis*. Se mi è chiaro, l'intervento in termini di investimento sarà a carico del Piano nazionale di resilienza e ripartenza, mentre mi sembra di capire che, invece, l'ordinaria amministrazione sia in capo alle Regioni. Le Regioni lo sanno e sono in grado di sostenerlo?

Ha pensato, Ministro, se magari sugli ospedali di prossimità invece di fare grandi investimenti può rivedere quelle norme e quelle circolari che obbligano, per esempio, a chiusure di ospedali, di punti nascita e di reparti nelle aree montane? Magari, facendo delle deroghe *ad hoc*, otterrebbe lo stesso risultato senza dover fare particolari investimenti.

Credo che dobbiamo riflettere su questo, ed evitare di considerare – credo che questa sia la sede giusta per ricordarlo – tutto il territorio della Nazione identico dal punto di vista della gestione dei rapporti sulla sanità. Grazie.

MARCO PEROSINO. Grazie, signor Ministro. Volevo presentarle due note. Bisogna fare attenzione ai consuntivi che verranno fuori a causa della pandemia nei bilanci delle aziende sanitarie. Credo che avremo qualche sorpresa e ci sarà da finanziare. Glielo dico così a naso.

Credo anche che colui o coloro che avevano deciso anni fa di istituire il numero chiuso a medicina vadano rimossi dal loro incarico, perché avevano sbagliato completamente.

Dato che siamo nella Commissione che si occupa di federalismo, credo anche che le normative che riguardano le competenze della sanità e le competenze specifiche molto suddivise vadano riviste e precisate, perché abbiamo visto che ogni Regione è andata

per proprio conto e ci sono state delle problematiche che hanno generato polemiche politiche che non era il caso di fare e che non è mai il caso di fare. Glielo dico al di fuori della appartenenza partitica. Ci vorrebbe un registro o uno schedario dove ci sia scritto: «Questo lo fa lo Stato e questo lo fa la Regione».

L'assistenza domiciliare è una cosa ottima, così come il potenziamento dei medici di medicina di base di tutta la struttura che è annessa, perché è collegata al problema sanitario. Ha detto bene, quando ha detto che vi è anche un problema sociale e assistenziale.

Queste sono le mie note, e mi auguro che si possano effettuare tutti gli investimenti previsti nel PNRR.

Concludo con una richiesta che è fuori argomento: ieri mi è arrivato un messaggio tramite *WhatsApp* da parte di un'associazione che si chiama «Rete di Impresa», di Limone Piemonte. Limone Piemonte è una stazione sciistica sotto il tunnel del Colle di Tenda, e a causa del suo crollo ora è diventata una vallata chiusa. L'anno scorso era pronta a partire per la stagione sciistica, e poi è successo quel che è successo. Gli operatori del settore dicono: «È vero che siamo a luglio, però bisogna già partire a fare gli acquisti e a organizzarsi la stagione sciistica. Ci risulta che i Paesi concorrenti si stiano già operando e abbiano qualche assicurazione dai loro Governi». È possibile una presa di posizione o una dichiarazione del Governo che dica che la prossima stagione sciistica può essere effettuata in sicurezza anche qualora scoppiasse una nuova ondata? Noi ce lo auguriamo, anche sulla base delle operazioni di vaccinazione in corso.

PRESIDENTE. I problemi da affrontare con il Ministro sono tanti, e tanti sarebbero i temi che potremmo affrontare anche a livello locale. Chiedo però a tutti di fare lo sforzo di contenere gli interventi nell'ambito che è di stretta competenza della Commissione. Si era iscritta a parlare l'onorevole Ruggiero, a cui cedo la parola.

FRANCESCA ANNA RUGGIERO (M5S). Buongiorno, signor Ministro. Sarà vera-

mente difficile questo sforzo enorme di riportare la sanità al centro dopo venti anni di tagli. La pandemia ci ha fatto riscoprire l'importanza di un Sistema sanitario nazionale, dopo che per anni si è andati a delegare alla sanità privata la presa in cura dei nostri cittadini, che puntualmente pagavano le tasse.

Una cosa importante sarà la necessità di assicurare i costi standard, per fare in modo che tutte le Regioni offrano dei livelli essenziali di assistenza e non dei livelli minimi, come è avvenuto in questi anni. Infatti, vi sono dei criteri per cui vengono approvati o meno dei piani sanitari regionali che rispondono a degli obiettivi economici, quando invece ci sono stati tagli e chiusure di ospedali e di punti nascita negli ultimi venti anni.

Ricordo che nel mio Comune di 55 mila abitanti non è più possibile partorire, ed è una cosa assurda. Ci piacerebbe tantissimo che un Comune di 55 mila abitanti possa avere un punto veramente all'avanguardia e che possa rispondere anche a una cronicità di patologie che ci sono sul territorio, visto anche un aumento quadruplicato delle patologie tumorali. Per questo va bene anche lo stanziamento di fondi all'ISPRA e il monitoraggio del territorio, vista anche la concentrazione di zone industriali.

Va bene anche la previsione di un ammodernamento degli ospedali già esistenti, senza andare a costruire nuove cattedrali nel deserto, magari su strade difficilmente raggiungibili dai pazienti cronici e dalle persone malate e affette, che devono poi avere per forza una rete familiare che li porti in giro per la Regione a fare gli esami e le visite necessarie.

È, quindi, necessario rivedere i criteri di approvazione dei piani sanitari regionali, garantire la capillarità e responsabilizzare tutti i livelli di Governo, perché noi sappiamo che la sanità è materia concorrente.

Il timore che noi abbiamo è che una volta destinati i soldi alle Regioni, vi sia poi una destinazione diversa rispetto a quello che invece abbiamo previsto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, come le 1.350 case di comunità sul territorio, gli

ospedali di comunità e una sanità più vicina al cittadino.

Il fascicolo sanitario elettronico sarebbe bellissimo, visto che al Sud, invece, camminiamo ancora con i faldoni e le carte per ogni visita medica. È altresì necessario riportare in questo modo i medici di medicina generale a fare i medici e invertire la rotta degli ultimi anni, che poco alla volta li ha portati ad essere dei meri ragionieri e compilatori di schede su un computer.

Volevo quindi sapere se sarà possibile rivedere questi criteri affinché le Regioni possano veramente offrire un servizio essenziale che possa rispondere alle esigenze minime, e se è possibile avere trasparenza delle spese che le Regioni sostengono in materia sanitaria, per avere anche un confronto tra una Regione e un'altra e capire dove si sbaglia, e anche per capire dove si vuole privilegiare la parte della sanità privata. Grazie.

VASCO ERRANI. Grazie, Ministro. Apprezzo e condivido l'impianto che ci ha proposto. Penso che sia assolutamente indispensabile che con il PNRR noi riuscissimo a fare un salto di qualità nel sistema sanitario.

Condivido le diverse indicazioni che il Ministro ci ha qui presentato, e voglio sottolineare due aspetti. Uno di questi è la necessità di svolgere questo lavoro dentro un impianto chiaro, discusso, condiviso, in Parlamento e nel Paese. Abbiamo la necessità di una riforma dal punto di vista organizzativo non solo territoriale, dobbiamo rivedere il rapporto tra l'università e la sanità, dobbiamo affrontare il tema della *governance* nell'assistenza domiciliare e nella cosiddetta « medicina del territorio ».

Se vogliamo fare il salto di qualità, non bastano gli investimenti e le risorse, così come non basta semplicemente indicare le priorità, bensì occorre anche un intervento sulle filiere organizzative.

Per quello che riguarda la formazione e la *governance* del territorio, penso che da questo punto di vista i distretti, l'integrazione sociosanitaria e l'interprofessionalità siano il punto chiave della rivoluzione che dobbiamo realizzare.

È, dunque, fondamentale che si riesca a fare finalmente questa discussione, perché sono anni che la sanità è segnata da un ragionamento ragionieristico ed economicistico che ci ha portato alle difficoltà che con la pandemia si sono manifestate in modo eclatante.

Dico un'ultima cosa. Credo che, insieme alla fase positiva che stiamo attraversando rispetto all'impegno della campagna vaccinale, dobbiamo rafforzare — come state facendo, ma dobbiamo sottolinearlo — tutto l'impianto di tracciamento per avere la possibilità — adesso che i numeri ce lo consentono — di poter intervenire e isolare rapidamente gli eventuali sviluppi, in particolare della variante. Ringrazio ancora il Ministro.

PRESIDENTE. Grazie a lei, senatore. Ha chiesto di intervenire l'onorevole Russo. Malgrado siano già intervenuti altri suoi colleghi di gruppo le cedo la parola, dietro l'impegno a contenere l'intervento. Successivamente ci sarà la replica del Ministro.

PAOLO RUSSO. Grazie, presidente. Intanto ho apprezzato molto la approfondita relazione del Ministro. Ho alcune questioni rapidissime in modo tale da offrire l'opportunità di eventuali risposte.

Vi è una questione che riguarda la riforma degli IRCCS, che il Ministro ha utilmente sollecitato. Nella questione della riforma degli IRCCS — che sono luoghi di eccellenza che rispondono a una domanda di salute particolarmente elevata — vi è un tema che riguarda il rapporto tra il Sud e il Nord: il numero degli IRCCS al Sud è più o meno poco più del 10 per cento degli IRCCS presenti al Nord. In questo senso la riforma deve sollecitare una qualche riflessione: si pensa di poter riequilibrare anche territorialmente la costruzione di modelli di istituti di ricerca e cura di alta specializzazione?

Collegato a questa vicenda degli IRCCS vi è il tema della mobilità sanitaria passiva. Nel modello delle riforme sul PNRR, si sta pensando di introdurre qualche elemento premiale per garantire livelli di qualità nel Mezzogiorno, evitando i viaggi della spe-

ranza e magari provando a innovare da questo punto di vista la storicità del passato che più che ridurre la mobilità talvolta l'ha alimentata, rappresentando la mobilità stessa una forma di sostegno alle eccellenti performance dei sistemi sanitari di alcune regioni del Nord?

Concludo con due ultime questioni. L'emergenza pandemica ci ha insegnato qualcosa sul fronte delle attese, per quanto legittime, del regionalismo differenziato?

Infine, nelle ultime ore abbiamo letto dati importanti che riguardavano la mortalità perinatale in ragione del luogo di residenza. Anche da questo punto di vista il Ministero della salute sta adottando o sta provando a mettere in campo modelli che rafforzino gli ospedali e l'assistenza, soprattutto per ciò che concerne la parte perinatale e la parte pediatrica?

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Russo. Cedo la parola al Ministro Speranza per la replica. Prego.

ROBERTO SPERANZA, Ministro della salute. Grazie, presidente. Ringrazio tutti i senatori e i deputati che sono intervenuti e che hanno offerto spunti a cui vorrò replicare, anche se rapidamente.

La senatrice Ferrero poneva l'attenzione in modo particolare su un tema che mi sta molto a cuore, quello della salute mentale e l'eventuale nesso con la questione delle case di comunità. Penso che questo sia un grandissimo tema con cui avere a che fare, prova ne sia che soltanto dieci giorni fa — dopo venti anni — ho voluto convocare la Conferenza nazionale sulla salute mentale, che è stata aperta da due messaggi importanti come quello del Presidente della Repubblica e del Santo Padre. È un tema fondamentale, e a questa conferenza hanno partecipato anche la Ministra Cartabia e il Ministro Orlando. L'impegno del Governo è quello di costruire una nuova stagione di investimenti su questo ambito.

L'Italia ha un'esperienza importante e consolidata, che viene da riforme che ci hanno consentito di superare i manicomi e di mettere in campo una rete di assistenza

territoriale sempre più significativa. La stessa OMS (Organizzazione mondiale della sanità) guarda questo tema con attenzione, poiché vi è stato un loro intervento dentro questa conferenza con riferimento al nostro modello. La mia opinione è che dobbiamo sicuramente rafforzare la capacità del Paese di rispondere a un tema che è assolutamente centrale.

Da parte nostra, proprio in queste settimane stiamo negoziando anche a livello europeo affinché ci possa essere uno spazio specifico, nelle nuove linee di finanziamento europeo, proprio su questa materia che io ritengo assolutamente centrale e che è resa ancora più grave dalla vicenda della pandemia.

Sul secondo punto, l'investimento che noi facciamo nel PNRR per l'assistenza domiciliare è di 4 miliardi. Con il massimo della prudenza, della cautela e anche della umiltà, dico che 4 miliardi in un colpo solo per l'assistenza domiciliare è una svolta senza precedenti nella storia del nostro Paese, se si considera che mediamente negli ultimi anni si metteva un miliardo all'anno su tutto il Servizio sanitario nazionale. Penso che dobbiamo provare immediatamente a investire delle risorse; sull'assistenza domiciliare per il COVID-19 abbiamo aggiornato costantemente i protocolli grazie ai nostri scienziati e ai nostri tecnici, seguendo le linee guida fondamentali della nostra comunità internazionale.

Penso che l'assistenza domiciliare sia veramente importante, altrimenti non avrei proposto questi 4 miliardi. Infatti, un quinto di tutto il Piano riguarda sostanzialmente l'assistenza domiciliare. Sarei molto attento a mettere in competizione l'assistenza domiciliare con la campagna di vaccinazione, perché la campagna di vaccinazione è l'arma essenziale che noi abbiamo.

Voglio ricordare in questa sede anche qualche numero, perché non dobbiamo dimenticare le settimane difficili che abbiamo vissuto. Noi avevamo quasi 30 mila persone in ospedale fino a due mesi e mezzo fa, ora siamo sotto le 1.500 persone, pari quindi a meno un 95 per cento. Avevamo 3.800 persone in terapia intensiva, mentre oggi siamo poco sotto i 190, rap-

presentando anche in questo caso molto meno del 90 per cento.

Tuttavia, sulla mortalità, continuerò a ripetere sempre che fin quando c'è anche un solo decesso, per me c'è una battaglia ancora non vinta, perché io credo in un valore supremo della vita delle persone. Non importa neanche l'età che queste persone hanno, perché bisogna fare sempre tutto il possibile per salvare ogni singola vita. Però, non possiamo non vedere come purtroppo avevamo bollettini quotidiani che ci parlavano di centinaia di decessi, mentre grazie alla campagna di vaccinazione e in modo particolare grazie al fatto che abbiamo protetto le fasce più fragili, quelle più anziane – ricordo a voi e a me stesso che il 95 per cento dei decessi è avvenuto in persone sopra i 60 anni ed è un dato con cui fare i conti – oggi purtroppo abbiamo ancora delle perdite, ma le contiamo in numeri che sono nettamente inferiori rispetto a quelli di prima.

Fatemi ripetere ancora una volta che penso che la campagna di vaccinazione sia l'arma essenziale che noi abbiamo per metterci alle spalle questa stagione e dobbiamo insistere con ogni energia perché la campagna prosegua.

I numeri sono confortanti. Ancora in queste ore continuiamo con più di 500 mila somministrazioni al giorno e dobbiamo insistere, perché solo una campagna di vaccinazione capillare, forte e molto continua nella sua capacità anche di durare nel tempo – come sta facendo – ci può mettere nelle condizioni di aprire davvero una stagione diversa e di consolidare questi numeri positivi che ho provato brevemente a riportarvi.

All'onorevole Osnato voglio dire che non vi è alcun dubbio che questi soldi avranno un impatto sulla gestione regionale. Sono soldi del tutto aggiuntivi rispetto al Fondo sanitario nazionale che resta tale, nel senso che ogni anno in legge di bilancio siamo chiamati a finanziare questo Fondo e il Servizio sanitario nazionale si basa essenzialmente – nelle diramazioni regionali – sui fondi che ogni anno la legge di bilancio stanziava.

L'ultimo stanziamento è di 122 miliardi ed è, quindi, molto significativo. Quando io ho iniziato a fare il Ministro, sul Fondo sanitario nazionale mettemmo 116 miliardi la prima volta e avevamo messo 2 miliardi in più rispetto all'anno precedente, mentre nell'anno ancora precedente era stato messo un miliardo in più. Noi valutammo come una crescita importante passare da un miliardo in più a 2 miliardi in più in un solo anno. Se si considera che ora siamo a 122 miliardi, il COVID-19 ci ha portato a fare un grande investimento. Su questo penso che ci sia bisogno di una grande alleanza tra Governo e Parlamento per continuare a mettere risorse.

I 20 miliardi di cui abbiamo parlato sono totalmente « extra » rispetto ai fondi ordinari che noi dobbiamo conservare e, per quanto mi riguarda, continuare ad aumentare, perché la linea di tendenza, al netto della straordinarietà del PNRR, sarà comunque una linea di tendenza di crescita della domanda di assistenza dei cittadini e questo ci porta naturalmente a dover costruire un Servizio sanitario nazionale sempre più forte.

Nel Patto per la salute che io ho approvato con le Regioni nel dicembre del 2019 — ero Ministro da tre mesi e il Patto per la salute non si approvava da quattro anni e mezzo, pur essendo un documento triennale — tra i punti abbiamo anche toccato la necessità di rivedere il decreto ministeriale n. 70 relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera di cui ho parlato. Dentro il decreto ministeriale n. 70 vi è anche la questione importante dei punti nascita, su cui occorre tenere un confronto molto serrato che provi a conciliare l'imprescindibile necessità — che so essere da tutti considerata essenziale — della piena sicurezza del momento della nascita con la legittima richiesta da parte di alcuni territori di non perdere un presidio che viene ritenuto assolutamente importante. Su questo tema credo di aver risposto anche a una sollecitazione dell'onorevole Ruggiero.

Al senatore Perosino che ha voluto offrire alcune note di riflessioni, ribadisco che stiamo parlando di una spesa straordinaria e che ci deve essere una relazione

molto forte tra MEF (Ministero dell'economia e delle finanze) e le Regioni.

Lei ha sicuramente ragione, senatore, quando indica una complessità di questo anno mezzo nei bilanci regionali nella gestione del COVID-19. È chiaro che tutte le Regioni si sono trovate a dover gestire delle spese che non erano messe in bilancio, perché nessuno poteva prevedere che ci potessero essere queste spese. È evidente che oggi vi è un'interlocuzione che per la verità è già consolidata e molto ben avviata, e che ha già prodotto risultati positivi in modo particolare tra il MEF — che ha una competenza più stringente per le politiche di bilancio — e le Regioni, che ci consentirà di evitare possibili difficoltà di natura finanziaria e di rispetto degli equilibri finanziari da parte delle medesime.

Il tema è alla nostra attenzione, e le Regioni lo hanno sottoposto con forza anche a noi. Da Ministro della salute non posso che testimoniare il fatto che si è stati di fronte a una straordinarietà di spesa: la competenza più stringente della materia è chiaramente del Ministro dell'economia e delle finanze.

Inoltre, condivido quanto è stato detto sull'assistenza domiciliare.

Sulla domanda un po' meno attinente alla materia, mi permetta soltanto di dire che il Governo dal 26 aprile ha scelto una strada di apertura con prudenza e di gradualità. Credo che si possa dire che a ormai oltre due mesi di distanza quella strada abbia prodotto un risultato positivo, come dimostrano i numeri che ho velocemente illustrato. Penso che con questo principio di cautela e di fare i passi in modo ponderato per non essere costretti a pagare prezzi eccessivi, noi cercheremo di creare le migliori condizioni possibili per tutti i settori del nostro Paese.

All'onorevole Ruggiero dico che condivido il fatto che siamo a un passaggio piuttosto unico della storia recente del nostro Paese. Sono sempre per il tenere un profilo molto sobrio nelle esternazioni, però non vi è alcun dubbio che mettere 20 miliardi in un colpo solo è oggettivamente senza precedenti, basta vedere i dati delle risorse che si mettevano sul Servizio sani-

tario nazionale negli anni passati. È senza precedenti perché è la storia di questo anno e mezzo che è senza precedenti, così come lo è anche la risposta dell'Europa rispetto a questa difficoltà. Ciò vale per l'ambito sanitario, ma le risorse del PNRR sono risorse che vanno anche molto al di là dell'ambito sanitario.

Sulla necessità di una relazione costante tra Regioni e Stato anche in termini di monitoraggio della spesa, condivido che questo vada fatto in maniera significativa. Come è noto, oggi questo avviene attraverso un confronto che è permanente e molto stringente, soprattutto per le Regioni con piani di rientro dove vi è un tavolo di monitoraggio costante che viene affidato a due gambe per quanto riguarda lo Stato: da un lato il Ministero della salute per ciò che concerne i LEA, mentre per le questioni di bilancio è il MEF a gestire questo tipo di relazione.

Sulle affermazioni del senatore Errani, condivido la necessità di non sprecare questa occasione e di coglierla fino in fondo, anche immaginando che ciò possa essere l'opportunità per una grande discussione nel Paese per fare alcune scelte strategiche che oggi sono più mature.

Da ultimo, vi è stato l'intervento dell'onorevole Paolo Russo, che ringrazio anche per aver posto un tema che a me sta particolarmente a cuore, ovvero il grande tema della disparità dell'assistenza territoriale tra aree diverse del Paese. Credo che questo sia un tema che viene declinato prevalentemente nella visione tra Nord e Sud ed è una verità, perché basta vedere i livelli essenziali di assistenza e i livelli di mobilità sanitaria, in cui vi sono delle differenze enormi.

Vi sono anche elementi di disuguaglianza intra-territoriali tra le Regioni che hanno i migliori livelli di assistenza, per cui le disuguaglianze ci sono a tutti i livelli.

Non vi è alcun dubbio che attraverso questi 20 miliardi tra gli obiettivi che dobbiamo conseguire vi è anche quello di intervenire su questo ambito, che è un ambito fondamentale. Ad esempio, penso che quando si mettono 4 miliardi per modernizzare tutte le attrezzature tecnologiche

complesse nei presidi sanitari che hanno più di cinque anni, si realizza una grande operazione che tenta soprattutto di aiutare i presidi sanitari delle aree territoriali che non hanno avuto risorse per investire. È abbastanza naturale che ci sia una spinta che va esattamente in questa direzione, e noi lavoriamo costantemente per ridurre la mobilità.

Anche sugli IRCCS non vi è alcun dubbio che la fotografia del consolidato ci offre oggettivamente un'asimmetria tra le Regioni del Nord e le Regioni del Sud, e bisognerà lavorare anche su questo. Infatti, ci sono alcune procedure in corso anche di realtà del Mezzogiorno di particolare significato, e su questo si potrà sicuramente provare ancora a lavorare.

La stessa cosa vale per l'ambito pediatrico. Anche io ho visto con molta attenzione lo studio e la ricerca a cui si faceva riferimento, e non vi è alcun dubbio che questa grande occasione di avere 20 miliardi deve farci conseguire l'obiettivo di una maggiore equità di accesso e di una maggiore capacità per tutte le Regioni del Paese di avere una assistenza di qualità sul piano sanitario, e una capacità di maggiore forza nell'affrontare una mobilità sanitaria che resta molto alta e che è uno dei punti su cui stiamo provando a lavorare di più.

Io mi fermerei qui, se non aggiungendo veramente in un solo minuto un ulteriore punto. Come vedete, la sfida che abbiamo di fronte non è una sfida da poco, ma è veramente una sfida Paese, poiché è una grande occasione per potere rendere migliore quella che io credo sia la nostra pietra più preziosa, cioè il Servizio sanitario nazionale.

Per fare questo serve un grande patto nel Paese. Credo che in molti dei vostri interventi in filigrana questo tema si leggeva in maniera più o meno esplicita. Fare un patto Paese significa capire che l'Italia riparte se ha veramente un Servizio sanitario nazionale più forte, e per farlo abbiamo bisogno di una grande alleanza tra Stato, Regioni ed enti territoriali, ma anche un coinvolgimento molto forte di tutti i mondi che hanno a che fare con il Servizio

sanitario nazionale come ordini, sindacati, imprese, università ed enti di ricerca.

Questa è una partita che non si può vincere con pezzi che lavorano autonomamente, ma con un grande patto Paese in cui ognuno faccia la propria parte fino in fondo. Proverò a lavorare nei prossimi mesi in totale e convinto confronto anche con il Parlamento, esattamente in questa direzione. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, Ministro, per la sua relazione sicuramente esauriente. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.25.

*Licenziato per la stampa
il 7 giugno 2022*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



18STC0151090