

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO****AUDIZIONE****2.****SEDUTA DI MARTEDÌ 17 GENNAIO 2023**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **UGO CAPPELLACCI****INDICE**

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		matiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):	
Cappellacci Ugo, <i>presidente</i>	3	Cappellacci Ugo, <i>presidente</i>	3, 16, 20
Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Orazio Schillaci, sulle linee program-		Schillaci Orazio, <i>Ministro della salute</i>	3, 16

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Fratelli d'Italia: FdI; Partito Democratico - Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Lega - Salvini Premier: Lega; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Berlusconi Presidente - PPE: FI-PPE; Azione - Italia Viva - Renew Europe: A-IV-RE; Alleanza Verdi e Sinistra: AVS; Noi Moderati (Noi con L'Italia, Coraggio Italia, UDC e Italia al Centro) - MAIE: NM(N-C-U-I)-M; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-+Europa: Misto-+E.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
UGO CAPPELLACCI

La seduta comincia alle 14.40.

Sulla pubblicità dei lavori.

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

Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Orazio Schillaci, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera, il seguito dell'audizione del Ministro della salute, professor Orazio Schillaci, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Avverto che i deputati possono partecipare in videoconferenza alla seduta odierna, secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento.

Ricordo che nella seduta del 7 dicembre 2022 il Ministro ha svolto la sua relazione e che sono intervenuti diversi deputati per porre quesiti e svolgere osservazioni. La seduta odierna è, pertanto, finalizzata a consentire al Ministro di svolgere la sua replica.

Inoltre, il Ministro della salute ha dato la propria disponibilità a trattare, nell'ambito del seguito dell'audizione, il tema della carenza di alcuni medicinali, a seguito della richiesta avanzata la scorsa settimana da alcuni gruppi, di avere tempestivamente informazioni al riguardo.

Nel ringraziare il Ministro Schillaci per la sua partecipazione ai lavori della Commissione, gli cedo la parola.

ORAZIO SCHILLACI, *Ministro della salute*. Gentile presidente, desidero innanzitutto ringraziare lei e i membri di questa Commissione per l'invito ricevuto che mi consente di fornire ulteriori elementi di dettaglio del mio programma di Governo, rispondendo alle specifiche questioni sollevate nel corso dell'audizione.

L'onorevole Bonetti ha evidenziato il tema della differenza di livelli di assistenza sul territorio: «... il nostro sistema sanitario presenti tuttora una situazione profondamente difforme tra i vari contesti regionali e che questa situazione difforme si traduca in un non pieno e compiuto rispetto di un principio costituzionale, che lei stesso ha richiamato. ... è l'intenzione da parte del Ministero nella gestione dei rapporti con i livelli di commissariamento regionali. Ieri abbiamo esaminato in questa Commissione proprio il tema del commissariamento in Calabria e ci sono anche altri contesti territoriali che sono profondamente critici. Inoltre c'è un tema, lei l'ha citato, quello degli IRCCS, che è sempre oggetto di trattazione di questa Commissione e che mi pare meriti anche da questo punto di vista una risposta che vada a valutare puntualmente le istituzioni territoriali differenziate come abbiamo richiamato».

Come ho avuto modo già di evidenziare nella mia relazione introduttiva, in un sistema di gestione dei servizi sanitari in capo alle regioni, il compito del mio dicastero è quello di dare impulso alle azioni da intraprendere, tracciare il disegno generale cui dare corso e monitorare i singoli servizi sanitari regionali, verificando, attraverso l'opera di monitoraggio, la quantità e la qualità dell'erogazione delle prestazioni sa-

nitare sul territorio. Fondamentale a tale fine sarà l'adozione del cosiddetto « decreto tariffe », e quindi l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, poiché attraverso di esso sarà resa uniforme in tutte le regioni la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Ribadisco che tale uniformità renderà possibile il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali LEA attraverso il confronto diretto tra regioni in termini di soddisfazione di bisogni sanitari, di accessibilità ai servizi, di tempi di attesa e di appropriatezza delle prescrizioni.

Per quanto concerne il tema del commissariamento, in particolare della Calabria, il Governo di cui faccio parte, già nell'immediatezza dell'insediamento, ha adottato disposizioni per prorogare le misure in atto, nella consapevolezza che il lavoro da svolgere è ancora notevole e con l'assicurazione che il Ministero che rappresento garantirà il massimo impegno nell'attività di affiancamento alla struttura commissariale della Calabria, al fine del superamento delle criticità proprie di quel contesto territoriale.

Per quanto riguarda gli IRCCS, segnalo che il decreto legislativo di riordino è stato pubblicato nella G.U. n. 304 del 30 dicembre 2022 e prevede, tra l'altro, misure volte a rivedere la collocazione regionale degli istituti, onde promuovere sull'intero territorio nazionale un sistema integrato di ricerca. Inoltre, l'articolo 11 del decreto, in attuazione di uno specifico criterio di delega, consente l'accesso alle prestazioni di alta specialità erogate dagli IRCCS anche ai cittadini residenti in altre regioni, secondo i principi di appropriatezza e di ottimizzazione dell'offerta del Sistema sanitario nazionale.

Vi è poi il tema dell'accessibilità dei dati: « Il secondo punto che lei ha richiamato, e mi pare altrettanto importante, è la questione della necessità di avere dei dati... La trasparenza totale dei dati, l'accessibilità dei dati anche alla comunità scientifica è uno degli elementi chiave. Quindi io veramente la invito a non trascurare, so che lei su questo non può che essere sensibile vista la sua alta professionalità proprio in questo settore, il fatto che ogni cosa che rimane

opaca nel mondo scientifico di fatto perde il suo elemento di scientificità ».

Con riferimento al potenziamento della capacità di raccolta, analisi e diffusione dei dati a livello centrale, nel richiamare quanto ho riferito in tema di iniziative sul Fascicolo sanitario elettronico e in materia di sanità digitale, al fine di utilizzare al massimo il potenziale creato dalle tecnologie digitali per introdurre innovazione nella tutela della salute e nell'assistenza, segnalo l'implementazione del progetto di potenziamento e ampliamento a livello centrale del Sistema informativo sanitario nazionale, in termini di evoluzione ed ammodernamento dell'infrastruttura, dei sistemi di costruzione, raccolta, elaborazione, validazione e analisi dai dati sanitari. Con specifico riferimento alla materia della salute umana e animale, nonché alla sorveglianza e vigilanza sanitaria, è previsto un investimento nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con più interventi che coinvolgono, oltre alle strutture dell'amministrazione centrale, anche il livello regionale e locale.

Ha poi posto il tema delle campagne vaccinali: « Altro elemento importante che lei ha richiamato, sul quale voglio tornare, è il tema della prevenzione e dello screening. Certamente paghiamo anni rispetto ai quali il Covid ha impedito un accesso pieno a questo elemento, è chiaro che su questo serve oggi un impulso ulteriore. Su questo mi permetto di dire c'è un tema importante, lei l'ha richiamato, quello della cronicizzazione per l'invecchiamento della popolazione, ma c'è un tema altrettanto importante che riguarda l'infanzia, forse oggi non sufficientemente presente nel dibattito pubblico. Su questo mi permetto anche di dire che non aiuta il nostro Paese a fare passi avanti una "ulteriore diffidenza" che si possa reinserire nell'ambito delle campagne sulla vaccinazione. Nel Piano nazionale oggi il nostro Paese ha un impegno altissimo sul target della vaccinazione HPV, per la prevenzione del tumore della cervice uterina, ma abbiamo visto che i dati sono in peggioramento. Quindi io invece invito, dalla campagna per la vaccinazione antinfluenzale a questo tipo di campagna, il

Ministero ad assumere prontamente posizioni nette, forti e nitide in questo senso ».

Ribadisco in questa sede che è mio impegno favorire un'attività di informazione e comunicazione che metta davvero al centro le esigenze dei cittadini in riferimento alle prossime sfide del Servizio sanitario nazionale. Per renderla più efficace, anche nel contrastare la disinformazione, cercherò con maggior metodo la collaborazione delle professioni sanitarie, delle società scientifiche, delle associazioni di pazienti e del volontariato, insieme alle regioni e province autonome, agli enti del Servizio sanitario nazionale. Riguardo alla vaccinazione, sappiamo che la sua valenza come strumento di prevenzione e il senso di responsabilità degli italiani dimostrato in occasione della massiccia adesione alla campagna vaccinale anti COVID-19 hanno permesso di tornare a vivere senza le limitazioni del passato. Tuttavia, non bisogna abbassare la guardia, soprattutto per proteggere la salute delle persone fragili e degli anziani. Per questi motivi, il Ministero della salute ha lanciato la campagna « Proteggiamoci, anche per i momenti più belli – Vacciniamoci contro il COVID-19 e l'influenza stagionale », proprio per invitare a mantenere un comportamento responsabile nei confronti del COVID-19 e dell'influenza stagionale, promuovendo la vaccinazione, strumento di primaria importanza per proteggere sé stessi e gli altri. La campagna è stata rivolta alla molteplicità dei soggetti che, per diverse condizioni, sono i destinatari dell'offerta vaccinale contro l'influenza stagionale e contro il COVID-19, principalmente le persone fragili e gli anziani. La campagna ha previsto uno spot televisivo della durata di 30 secondi e uno spot radiofonico della durata di 30 secondi, diffusi sulle reti televisive e radiofoniche nazionali del servizio pubblico (RAI) negli spazi riservati alle pubbliche amministrazioni mediante la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento informazione e editoria, nonché la diffusione dello spot televisivo sulle principali emittenti televisive private commerciali nazionali (Canale 5 e Rete 4) e sugli *account social* del Ministero della salute. Sono inoltre in pro-

gramma campagne rivolte alla prevenzione primaria e secondaria, soprattutto sull'adesione agli *screening* oncologici e sull'importanza dei controlli periodici per recuperare quel che la pandemia ha tolto.

Puntando sulla rilevanza delle campagne informative, anche con riguardo alla prevenzione contro l'HPV, ricordo la campagna di informazione in corso « Proteggi il loro futuro », che raccomanda la vaccinazione contro il papilloma virus gratuita per le ragazze e i ragazzi a partire dagli 11 anni di età.

L'onorevole Bonetti ha quindi posto il tema del finanziamento della spesa sanitaria tramite ricorso al Meccanismo europeo di stabilità (MES): « Allora io le chiedo, proprio perché sposo la sua linea della non ideologia, perché non abbiamo dato seguito all'attivazione, e nemmeno alla ratifica, per quanto riguarda il MES, e quindi questi 37 miliardi che avremmo potuto utilizzare pressoché a tasso zero, e che il Governo decide di non utilizzare, in che modo sono sostituiti. Questi 37 miliardi sarebbero serviti esattamente per fare quello che lei ha detto che ha intenzione di fare. Quindi la domanda di fondo è: se non prendiamo queste risorse a tasso pressoché zero, dove li troviamo i 37 miliardi che sono necessari per fare tutte le azioni che lei giustamente ha richiamato e che sono importanti da fare? ».

Riguardo all'argomento è noto che nel corso di un recente incontro con i vertici del Meccanismo europeo di stabilità a Palazzo Chigi, il Presidente del Consiglio dei ministri ha anticipato la possibilità di avviare verifiche, insieme con gli altri Stati aderenti al MES, al fine di adottare possibili correttivi per rendere gli strumenti effettivamente capaci di rispondere alle esigenze delle economie dei diversi Stati. Pertanto, allo stato non posso che rinviare ogni ulteriore valutazione all'esito di tali approfondimenti e al conseguente dibattito parlamentare.

L'onorevole Furfaro ha evidenziato il tema del finanziamento con riferimento alle assunzioni e ai salari del personale sanitario: « E accogliendo anche il suo invito a cercare di superare, anche in una

logica di trasversalità, le contrapposizioni le chiedo dove troverà le risorse per i prossimi anni anche per provare a colmare il gap tra il numero di medici e di pediatri che dovremmo avere e quell'attuale. Tra l'altro, un gap che è determinato non solo da un insufficiente numero di organico ma, come ci ha comunicato l'Ufficio parlamentare di bilancio, anche costruito purtroppo e incentivato da un dumping salariale che lei conosce bene, che deriva anche dall'estensione della flat-tax. Idem per le liste d'attesa, le chiedo con quali finanziamenti e risorse pensa di aumentare l'organico; visto che il vincolo assunzionale non è stato tolto, le chiedo quando intenderà toglierlo. Rispetto al medico di base c'è una questione che ho molto a cuore, perché come saprà ci sono 60 mila italiani senza fissa dimora, cioè persone che a causa della povertà e della disuguaglianza finiscono a vivere in una macchina perché non riescono a pagare l'affitto, perdono la residenza e purtroppo anche il diritto al medico di base e quindi il diritto alla cura ».

Riguardo a questo tema ribadisco che sarà necessario garantire adeguate risorse al sistema soprattutto nelle specialità e negli ambiti disciplinari che oggi registrano scarse adesioni. Rinnovo il mio impegno ad assicurare le necessarie risorse al sistema, per reclutare nuovi professionisti e per restituire la giusta serenità a tutti coloro che sono già in servizio e lavorano con dedizione ed impegno, talvolta in sedi disagiate e rischiose, migliorandone progressivamente le condizioni di lavoro, anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari. Mi preme, più in generale, però sottolineare che le difficoltà che ora si riscontrano nel nostro Sistema sanitario nazionale sono il frutto di errate strategie e di trascuratezza nelle valutazioni di annose problematiche, che affondano le radici nel passato.

Per quanto riguarda la questione della platea dei cittadini che versano in condizioni di estrema povertà e disagio, al punto di essere senza fissa dimora e di non poter

neanche esercitare il diritto all'assistenza sanitaria, tengo a precisare che comunque il nostro sistema sanitario garantisce l'accesso alle prestazioni di emergenza, urgenza e cura, a tutti i cittadini, anche stranieri, presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, cui sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

Colgo questa occasione anche per ricordare il meritorio e quotidiano lavoro svolto dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), vigilato dal Ministero di cui ho la responsabilità, il cui impegno è quello di fronteggiare, all'interno del Servizio sanitario nazionale, le sfide sanitarie delle popolazioni più vulnerabili, attraverso un approccio transculturale, olistico e orientato alla persona, di sviluppare sistemi innovativi per contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute in Italia, di rendere più agevole l'accesso al Servizio sanitario nazionale per i gruppi sociali più svantaggiati e di assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite.

Tale obiettivo viene perseguito quotidianamente attraverso: l'assistenza socio-sanitaria rivolta a tutti i cittadini, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione; la ricerca sulla promozione della salute per le popolazioni fragili e migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, anche attraverso progetti clinici e lo studio di modelli sperimentali per la gestione di servizi sanitari dedicati; la realizzazione di programmi di formazione e di educazione sanitaria; la promozione e la gestione di un *network* di *stakeholder* italiani e internazionali.

L'onorevole Furfaro ha inoltre richiamato il tema della salute mentale: « Nella sua relazione non ha citato la salute mentale, la necessità di una maggiore integrazione sociosanitaria, ci preoccupa molto anche alla luce delle conseguenze evidentemente date dal Covid ».

In tema di salute mentale, ricordo che nella legge n. 197 del 2022, legge di bilancio per il 2023, precisamente al comma 538 dell'articolo 1, è stata inserita la norma sul *bonus* a sostegno della salute mentale.

Per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria, già oggetto del decreto ministeriale n. 77 del 2022, nonché del recente disegno di legge « Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane », rilevo che la stessa continua a rappresentare una priorità. Infatti, ribadisco la necessità di partire da un'attenta valutazione dei bisogni della persona, da riposizionare al centro di ogni ragionamento in materia socio-sanitaria, anche attraverso l'attivazione dei PUA (punti unici di accesso) presso le Case della comunità per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e per garantire poi la presa in carico delle persone con cronicità, nell'ambito di un sistema strutturato. È indispensabile altresì procedere a una riduzione del *gap* intercorrente tra le diverse regioni, mediante l'adozione di strumenti uniformi che assicurino la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la redazione del piano di assistenza che prevede il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia.

Sempre su questo tema e su quello correlato della salute mentale, segnalo il Programma nazionale « Equità nella salute » (PN), incluso nell'Accordo di partenariato della politica di coesione europea 2021-2027, approvato con Decisione di esecuzione della Commissione europea C(2022) 8051 del 4 novembre 2022.

Il PN interviene nelle 7 regioni meno sviluppate del Paese (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia) per rafforzarne i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso.

Il programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire, e nelle quali è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi socio-sanitari: « Contrastare la povertà sanitaria »; « Prendersi

cura della salute mentale »; « Il genere al centro della cura »; « Maggiore copertura degli *screening* oncologici ».

Gli interventi del PN sono sostenuti dal Fondo sociale europeo Plus (FSE+) per 375 milioni di euro e dal Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) per 250 milioni di euro.

A valere sul FESR saranno realizzati interventi di adeguamento infrastrutturale e di potenziamento tecnologico dei dipartimenti di salute mentale, dei consultori familiari, dei punti *screening*; oltre all'acquisto di *motorhome* attrezzati per l'erogazione di prestazioni sanitarie, incluse prestazioni odontoiatriche, ai vulnerabili socio-economici, in *outreaching*.

A valere sul FSE+ si procederà altresì al rafforzamento dei servizi dei dipartimenti di salute mentale (che implementeranno i progetti terapeutico riabilitativi personalizzati) nonché dei servizi dei consultori familiari e dei punti *screening*, attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi o percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) e il reclutamento di nuovo personale.

Tali azioni di rafforzamento dei servizi prevedono interventi di adeguamento delle competenze e di informazione e sensibilizzazione, tramite percorsi formativi e campagne che saranno sviluppati dal Ministero della salute.

Infine, voglio ricordare le attività già in corso per le quali è mia intenzione promuovere una continuità dei finanziamenti: l'attività in tema di Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione – Fondo per il contrasto disturbi della nutrizione e dell'alimentazione; l'attività di promozione del benessere e della persona, favorendo l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione, con priorità per i pazienti affetti da patologie oncologiche, nonché per il supporto psicologico dei bambini e degli adolescenti in età scolare; l'attività per garantire la compiuta attuazione della legge n. 134 del 2015, recante « Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie »; l'attività di promozione di strategie per il miglioramento della qualità e dell'appro-

priatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze.

L'onorevole Ciocchetti ha toccato il tema del *turnover* del personale: « Il tema del personale, che credo che sia la questione più drammatica che abbiamo di fronte, anche per la demotivazione, soprattutto per alcune categorie, come chi lavora nei pronto soccorso. ... Credo che questo sia un tema che nel prossimo anno il Governo si porrà per cercare di superare profondamente questa questione, anche per il personale tecnico e il personale amministrativo, che in qualche modo ha visto bloccato le opportunità di turnover ».

In ordine al tema del personale, rimando a quanto già ho precisato in merito al mio impegno a trovare le risorse necessarie per superare il blocco del *turnover*. In ogni caso, ritengo mio preciso dovere ovviare, con misure di carattere sistematico, agli errori fin qui cumulatisi in tema di programmazione dei fabbisogni del personale sanitario, ciò anche intervenendo di intesa con il Ministro dell'università sul tema degli accessi ai corsi universitari e alle scuole di specializzazione.

Ha poi richiamato il tema del *payback*: « ...il tema del *payback*, che è stato applicato in maniera folle, scusate il termine. Io credo che sia una norma anticostituzionale; perché richiedere indietro i pagamenti ai fornitori che hanno vinto una gara, quando una regione sfora il tetto posto per l'acquisto dei dispositivi sanitari – dal 2015 adesso io chiedo i soldi indietro – credo che sia una profonda follia. È una questione su cui chiedo che si possa, ci sono emendamenti al riguardo, trovare una soluzione ».

Come noto, abbiamo affrontato insieme al Ministro dell'economia e delle finanze di recente la problematica del *payback* per i dispositivi medici, in funzione di una norma, forse troppo frettolosamente inserita dal Governo precedente in un decreto-legge del 2015, che ha determinato il proliferarsi di un vasto contenzioso, promosso dalle aziende fornitrici di dispositivi medici. Conseguentemente, i termini originariamente fissati per il *payback* sono stati rivisti con una specifica disposizione inserita nel de-

creto-legge n. 4 adottato in data 11 gennaio 2023, che ha modificato il termine entro cui le aziende fornitrici di dispositivi medici, in deroga alla disciplina vigente sulle modalità procedurali del ripiano e limitatamente al superamento del tetto di spesa regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, dichiarato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, sono tenute ad adempiere all'obbligo di ripiano del superamento del tetto di spesa posto a loro carico. In particolare, è stato stabilito che le suddette aziende fornitrici abbiano la possibilità di versare la loro quota entro il 30 aprile 2023 in luogo dello stringente termine di 30 giorni precedentemente fissato dalla norma di cui sopra.

Vi è poi il tema dell'assistenza domiciliare: « Il PNRR, come lei ha richiamato, ha fatto una serie di stanziamenti sugli ospedali di comunità, sulle case di comunità e su altro ma prevede uno stanziamento invece assolutamente insufficiente per l'assistenza domiciliare, che è la risposta alla cronicità, che è la risposta alle persone anziane che vivono da sole in questo Paese. Spero davvero che nei prossimi mesi si possa lavorare intorno anche all'individuazione di opportunità per mettere in campo un grande piano di assistenza domiciliare sanitaria integrata ».

Con riferimento al tema dell'assistenza domiciliare (ADI), ricordo il decreto n. 77, che ho già illustrato ampiamente nel corso della prima audizione, e aggiungo che l'investimento previsto all'interno del PNRR persegue l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, in linea con le migliori prassi europee, entro il 30 giugno 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni, rispetto all'attuale media di circa il 5 per cento relativa alle diverse regioni italiane. Il livello medio nazionale del valore del 10 per cento da raggiungere con il contributo di tutte le regioni o province autonome, terrà conto di specifiche difficoltà regionali. La *milestone* italiana prevede la pubblicazione del decreto di assegnazione delle risorse

per conseguire il primo *step* dell'incremento del 10 per cento di nuovi assistiti previsto entro giugno 2023; oggi è in corso di definizione la chiave di riparto poiché si sta lavorando all'accordo in Conferenza delle regioni.

Inoltre, ricordo che è in corso di definizione il disegno di legge recante Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della Missione 5, Componente 2, Riforma 2, del piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, ove le deleghe previste riguardano precipuamente le politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti. In particolare, è prevista l'emanazione di uno o più decreti legislativi finalizzati ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti, nonché la promozione del progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti.

L'onorevole Quartini ha posto in evidenza il tema dell'organizzazione del pronto soccorso e degli *standard* ospedalieri: « l'organizzazione del pronto soccorso, il problema sono i due imbuti: in ingresso perché il territorio va fatto lavorare bene, soprattutto nell'ambito della cronicità e in uscita perché la riduzione dei posti letto dentro gli ospedali implica una congestione del pronto soccorso e rende invivibile il pronto soccorso, prima di tutto ai pazienti che per ore rimangono fermi nel pronto soccorso, ma anche ai colleghi che ci lavorano, al personale infermieristico, al personale OSS, ai medici. Quindi è chiaro che va rivisto il sistema. E io dico che il decreto n. 77 doveva essere il "decreto n. 69", perché doveva arrivare prima del decreto n. 70, dei nuovi *standard* ospedalieri, su cui si doveva intervenire in maniera tale che fosse il territorio che funzionando bene sottraeva i posti letto e non viceversa; si è pensato che riducendo i posti letto si riusciva a far funzionare il territorio ».

Sul tema degli ospedali, ribadisco l'impegno a completare l'aggiornamento del « DM 70 », che risale al 2015 (disciplina gli *standard* dell'assistenza ospedaliera), al fine di promuovere una più stretta integrazione tra ospedale e territorio alla luce dei nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal decreto n. 77 del 2022 e gli obiettivi, previsti dalla Missione 6 del PNRR, di promuovere l'assistenza di prossimità e l'innovazione tecnologica, sia in termini di telemedicina che di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Mediante la revisione del regolamento sugli *standard* ospedalieri, sarà possibile aggiornare gli *standard* per le procedure mediche e chirurgiche per le quali esistano evidenze scientifiche di una correlazione tra volume e esiti, nonché gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, organizzativi relativi all'assistenza ospedaliera e le reti assistenziali ospedaliere di patologia, anche alla luce di quanto appreso in seguito alla pandemia da COVID-19. Sussiste inoltre la necessità di migliorare la regolamentazione delle deroghe agli *standard* per le realtà che scontano una condizione orogeografica particolarmente disagiata e per le regioni più piccole, fermo restando il *focus* sul rapporto tra volume ed esiti. Sottolineo inoltre l'importanza del completamento del processo di potenziamento dei reparti di terapia intensiva (avviato con la legislazione emergenziale), sia in termini di preparazione del sistema in caso di nuove emergenze, sia per uniformare ed elevare la capacità di risposta e di assorbimento di una domanda improvvisa e imprevedibile su scala locale. Tra gli aspetti da tenere in considerazione, inoltre, ritengo utile dare seguito alla sperimentazione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione, anche alla luce del decreto ministeriale 5 agosto 2021 sui criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri.

Sostanzialmente, una revisione del « DM 70 » non potrà non tenere conto dei recenti insegnamenti emersi nella gestione della pandemia: necessità di flessibilità della rete ospedaliera a fronte di fenomeni non sem-

pre prevedibili; potenziamento delle aree strategiche quali quelle della terapia intensiva e semintensiva e, come problema rimasto irrisolto, la classificazione dei piccoli ospedali e dei punti nascita *sub-standard*.

Inoltre, una revisione non potrà prescindere dal coordinamento con il «DM» 77 del 2022 e le principali novità ivi previste, di seguito brevemente richiamate: le Case della comunità, aperte fino a 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione; la Centrale operativa 116117, servizio telefonico attivo 24 ore al giorno, da contattare per esigenze sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale; la Centrale operativa territoriale (COT), per il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e per il coordinamento con la rete dell'emergenza-urgenza; l'Unità di continuità assistenziale — *équipe* mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità; l'Ospedale di comunità, con funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; la rete delle cure palliative. Colgo l'occasione per anticipare che proprio in questi giorni ho avviato i lavori di un Tavolo per affrontare le criticità che da tempo si registrano per le attività di pronto soccorso. Sarà mia cura tenervi informati sull'esito dei lavori del Tavolo.

Si è poi posto il tema connesso alla *flat-tax*: « Chiedo al Ministro se non ritiene una grande contraddizione il fatto di rendere più attrattivo il lavoro delle partite IVA con la *flat-tax* che lavorare nel servizio pubblico: perché oggi un medico che guadagna 80 mila euro nel servizio pubblico viene tassato al 40 per cento, se va a fare il libero professionista viene tassato al 15, questo è un elemento su cui, secondo non solo il sottoscritto ma molti altri e anche le categorie sindacali lo hanno sottolineato a più riprese, dobbiamo riflettere. »

Per quanto riguarda il tema di rendere maggiormente attrattivo il lavoro del personale sanitario nel servizio pubblico, at-

traverso una progressiva detassazione, come noto questo è un tema sul quale il Governo ripone particolare attenzione, come testimoniano, peraltro, le recenti norme inserite in legge di bilancio riguardanti la detassazione dei premi di produttività e di risultato. Sul medesimo tema ho in corso interlocuzioni con il Ministro dell'economia e delle finanze e, per quanto di competenza, con i Ministri della pubblica amministrazione e del lavoro.

Riguardo alla necessità di una rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del Servizio sanitario nazionale, richiamo quanto già esposto nelle mie linee programmatiche, in merito alla vera e propria « fuga » registratasi negli ultimi anni, da alcune specialità, rese sempre meno attrattive. A ciò si aggiunga che la pandemia ha probabilmente contribuito a determinare l'accentuazione del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti.

Come ho evidenziato riguardo al fenomeno dei cosiddetti « gettonisti » o « turnisti », anche il mondo della sanità è coinvolto in processi di esternalizzazione e sempre più professionisti preferiscono non legarsi ad un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, prediligendo forme di ingaggio atipiche, anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate. È quindi fondamentale assicurare le necessarie risorse al sistema, per restituire la giusta serenità a tutti i professionisti che ogni giorno lavorano con dedizione ed impegno, talvolta in sedi disagiate e rischiose, migliorandone progressivamente le condizioni di lavoro, anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari.

Ribadisco che è mia intenzione affrontare, anche con provvedimenti straordinari e di urgenza, il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale per garantire i servizi assistenziali. L'uso distorto delle esternalizzazioni, infatti, non soltanto genera un sempre più

gravoso onere in capo alle strutture, ma comporta anche gravi criticità in termini di sicurezza delle cure, sia perché non sempre offre adeguate garanzie sulle competenze dei professionisti coinvolti, sia per la ridotta fidelizzazione di questi ultimi alle strutture pubbliche, derivante da ingaggi professionali spesso distribuiti contemporaneamente su più sedi, con conseguente mancanza di conoscenza da parte dei « turnisti » dell'organizzazione delle unità operative in cui svolgono le loro prestazioni per poche ore nell'arco del mese. Come ho esposto nelle mie linee programmatiche, una delle mie iniziative appena insediatomi nel Dicastero è stata quella di incaricare i NAS, che hanno effettuato specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari. Da tali controlli sono emerse fattispecie di frode ed inadempimento nelle pubbliche forniture, per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici, in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'Azienda sanitaria, o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali socio-sanitarie (OSS), e, infine, personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire. Inoltre è stata accertata la fornitura di medici da parte di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente — anche sopra i 70 anni — e l'impiego esternalizzato di risorse umane non adatto a esigenze di specifici reparti ospedalieri, come la fornitura presso reparti di « ostetricia e ginecologia » di personale sanitario, tra cui medici generici, non formato a gestire parti cesarei o, ancora, personale medico da impiegare presso il pronto soccorso non specializzato in « medicina di urgenza ».

Quanto al tema della prevenzione primaria: « Allora, una considerazione finale a cui tengo molto; vorrei che il Ministro mi incoraggiasse che si sta andando in una qualche direzione da questo punto di vista. Si è parlato poco nella sua presentazione di prevenzione: prevenzione primaria, di fattori di rischio di malattia, di fumo di sigaretta, che sappiamo benissimo sono stati

alla base anche del danno sindemico piuttosto che del danno pandemico, e credo questo sia un elemento su cui dobbiamo riflettere. Sappiamo che i danni da ambiente in Italia sono più significativi che nel resto d'Europa, abbiamo delle aree in Val Padana, nella Piana fiorentina, dove c'è un inquinamento che è più alto che in tutto il resto d'Europa, e sappiamo che sono 90 mila i morti l'anno da inquinamento, quindi bisogna lavorare anche in quella direzione quando si parla di cronico. »

In considerazione della preoccupante diffusione di stili di vita non salutari intendo, in coerenza con le strategie e le finalità del Programma « Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari » e del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 potenziare gli interventi di contrasto a sedentarietà e inattività fisica, tra i principali fattori di rischio modificabili indipendenti per le malattie croniche non trasmissibili, attraverso la definizione di un « Programma Nazionale di Promozione dell'attività fisica », condiviso con i principali *stakeholder* istituzionali e non, secondo un approccio intersettoriale, che comprenda la definizione delle modalità di prescrizione dell'esercizio fisico e di erogazione sul territorio nazionale, tenendo anche conto delle previsioni dell'Allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che include la promozione dell'attività fisica quale « prestazione » esigibile.

Occorre affrontare la prevenzione e il contrasto del tabagismo, tuttora la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia, per conseguire l'obiettivo sfidante del Piano Europeo contro il cancro 2021 (*Europe's beating cancer plan*) di creare una « generazione libera dal tabacco », nella quale meno del 5 per cento della popolazione consumi tabacco entro il 2040. A tal fine dovranno essere adottate misure atte a garantire a tutti i cittadini la massima tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tenendo conto della costante crescente diffusione nel mercato di nuovi prodotti (sigarette elettroniche; prodotti del

tabacco senza combustione) e delle sempre più numerose evidenze sui loro possibili effetti dannosi per la salute. Accanto al supporto agli interventi di prevenzione e di disassuefazione si ritiene necessario e strategico assicurare il massimo supporto alle azioni dell'Unione europea attraverso il recepimento, entro il 23 luglio 2023, della direttiva delegata della Commissione che emenda la direttiva 2014/40/EU relativamente all'eliminazione di alcune esenzioni che riguardano i prodotti del tabacco riscaldato, onde consentirne l'entrata in vigore dal 23 ottobre 2023, e al processo di complessiva revisione della direttiva 2014/40/EU e della direttiva fiscale. Tale processo punta a consentire che i diversi molteplici interessi correlati ai prodotti del tabacco, che coinvolgono i Dicasteri economici, non prevalgano sulla tutela della salute.

Intendo inoltre proporre l'aggiornamento e l'ampliamento dell'articolo 51 della legge n. 3 del 2003 per: estendere il divieto di fumo in altri luoghi all'aperto in presenza di minori e donne in gravidanza; eliminare la possibilità di attrezzare sale fumatori nei locali chiusi; estendere il divieto anche alle emissioni dei nuovi prodotti non da fumo (sigarette elettroniche e prodotti del tabacco riscaldato); estendere il divieto di pubblicità ai nuovi prodotti contenenti nicotina e ai *device* dei prodotti del tabacco riscaldato.

L'onorevole Quartini ha quindi richiamato il tema della non autosufficienza: « Gradirei qualcosa in più sulla capacità del sistema che dovrebbe implementarsi per prevenire la non autosufficienza, quindi fare in modo che si rallenti la progressione dall'autosufficienza alla non autosufficienza, e anche promuovere il *silver co-housing* in alternativa alle RSA, che, come diceva il più grande geriatra che abbiamo avuto in Italia, il professor Antonini, sono il modo peggiore per finire la propria vita ».

Riguardo al tema della non autosufficienza, oltre a richiamare le azioni già prima citate, voglio ricordare quanto già ho affermato nella mia relazione principale: la piena efficacia del « DPCM LEA » consentirà di affrontare quella che continua ad

essere la principale sfida dei sistemi sanitari: la cronicità, ovvero le condizioni più o meno permanenti nel lungo periodo di fragilità, non autosufficienza, disabilità. La sostenibilità economica appare essere l'aspetto più arduo; ma forse il problema centrale è la difficoltà, spesso insoluta, di realizzare un percorso che risponda alle peculiari esigenze di questi utenti, attraverso l'apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi, presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari. A tal fine, si prospetta la necessità di un aggiornamento del Piano nazionale della cronicità.

Inoltre ricordo nuovamente il disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, ove le deleghe previste riguardano precipuamente le politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti.

L'onorevole Girelli ha sollecitato il tema della prevenzione e degli stili di vita: « Si è parlato di prevenzione, ecco le chiedo come si intende soprattutto implementare il tema dell'educazione, anche gli stili di vita alimentari; il tema della salubrità dei luoghi di lavoro e la sicurezza del luogo di lavoro, piuttosto che dell'ambiente in cui viviamo. Insomma, un passaggio dall'idea di sanità intesa come cura della malattia, a cura della persona e quindi la tutela del suo benessere ».

Su questo tema rimando a quanto già ho detto circa il mio impegno in riferimento alla prevenzione primaria.

Vi è poi il tema del personale e della formazione: « Si è parlato di strumentazioni, quindi di telemedicina, tutte le opportunità che giustamente ormai la tecnologia ci permette. Le chiedo come si intende investire soprattutto per formare le persone all'uso di tutti questi strumenti, perché spesso e volentieri, specie nelle zone periferiche e per le persone più anziane, invece che diventare dei facilitatori rischiano di diventare dei motivi di ulteriore disagio oppure di marginalizzazione. Si è

parlato di personale giustamente, in maniera anche molto molto chiara. Io vorrei porre in risalto due aspetti su cui le chiedo una precisazione: come si intende favorire la multidisciplinarietà del personale sanitario. Troppe volte c'è un eccesso di specializzazione, secondo me di attenzione sulla malattia invece che sulla persona malata che ha bisogno di un'*équipe* che se ne occupa e la prende in carico. E anche un rapporto più stretto con il tema degli enti locali, quindi con il socio sanitario, laddove a volte la cultura, il modo di vivere ha molto a che fare con la qualità della vita e quindi anche sulla prevenzione e sulla salute delle persone. Sul personale c'è anche da fare un forte investimento non solo in termini economici ma anche di ruolo; io penso che la crisi dei medici di medicina generale non sia dovuta solo a un fatto economico ma è dovuta al mancato riconoscimento di un ruolo che storicamente hanno avuto, strategicamente importante per il nostro sistema. Non voglio tralasciare il rapporto pubblico privato che secondo me va affrontato in maniera molto seria, il mio accento oxfordiano fa capire che vengo dalla Lombardia dove il rapporto ha generato qualche problema. Non è un'accusa al privato, ma la necessità di ricondurlo a una regia pubblica. »

Riguardo a questo tema ribadisco che sarà necessario garantire adeguate risorse al sistema soprattutto nelle specialità e negli ambiti disciplinari che oggi registrano scarse adesioni, e rinnovo il mio impegno ad assicurare le necessarie risorse al sistema per la formazione degli operatori anche nelle zone più disagiate e ad intervenire in tema di programmazione dei fabbisogni del personale sanitario.

L'onorevole Zanella ha sottolineato il tema del finanziamento del Sistema sanitario nazionale: « E quindi il fatto che si preveda nei prossimi tre anni, nel triennio previsto dalla legge di bilancio, invece, come è stato sottolineato da altri colleghi, un progressivo calo, ci fa veramente disperare da questo punto di vista perché non ci siamo. E in questo senso spero che i nostri emendamenti vengano approvati, perché sicuramente andranno a porre rimedio ad

una contraddizione in termini e anche ad una impossibilità di realizzare il programma stesso che è stato oggi proposto ».

Vorrei fare una precisazione sul tema del finanziamento del Sistema sanitario nazionale: sono noti, infatti, i contenuti del dibattito in corso circa l'effettiva capacità dei vigenti criteri di ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di rappresentare esattamente il bisogno di salute delle diverse regioni italiane, e quindi la necessità di definire nuovi parametri. In particolare, il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, di attuazione della legge delega 5 maggio 2009, n. 42, ha disposto che la ripartizione del livello del finanziamento statale al Sistema sanitario nazionale avvenga applicando il costo medio registrato per singolo livello di assistenza nelle regioni di riferimento (cosiddette *benchmark*) alle restanti regioni e province autonome, sulla base della popolazione residente pesata per classi di età. Nel corso degli anni, le regioni sono ripetutamente intervenute sugli esiti delle proposte di riparto ministeriali, riequilibrandone le risultanze attraverso una mirata allocazione della cosiddetta « quota premiale » (pari allo 0,25 per cento del livello annuo del Fondo sanitario nazionale) ai sensi dell'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Nel corso degli ultimi anni, quindi, il riparto di detta « quota premiale » è stato ritenuto complementare alle risorse assegnate in applicazione del riparto ministeriale, costituendo una componente importante nella definizione delle risorse complessive assegnate ad ogni regione. L'aggiornamento dei criteri di riparto, oltre ad essere sempre più una esigenza sentita da molte componenti del sistema sanitario italiano, è anche previsto dalla stessa normativa di riferimento. A tale riguardo, è prioritario portare a termine il percorso con le regioni, che si auspica celere, costruttivo e unanimemente condiviso, al fine di individuare nuovi criteri di riparto che consentano di contemperare il carattere unitario e universalistico del Sistema sanitario nazionale, la funzione di garanzia e solidaristica dello Stato, con la valorizzazione dei modelli più virtuosi esistenti a livello regio-

nale, anche con un eventuale ripensamento della funzione della quota premiale a favore delle regioni.

Ci tengo, tuttavia, ad evidenziare che dopo un lungo periodo di defianziamento del fondo del Sistema sanitario nazionale (FSN), la legge di bilancio per il 2023 ha previsto un importante incremento del FSN, inedito per gli anni precedenti: in particolare il comma 535 ha disposto che il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, è incrementato di 2.150 milioni di euro per l'anno 2023, 2.300 milioni di euro per l'anno 2024 e 2.600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. Solo per l'anno 2023, una quota dell'incremento di cui al primo periodo, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Si tratta, con ogni evidenza, di una importante inversione di tendenza che auspico possa ulteriormente essere perseguita anche per il futuro, con l'utilizzo di risorse sempre più cospicue.

Ha quindi richiamato il tema della prevenzione primaria e secondaria: « Il secondo aspetto che volevo sottolineare per chiudere è questo, ... : in termini di prevenzione e promozione di salute io vorrei avere i dati più precisi di quanto viene destinato, in termini anche di risorse e di progetti, alla prevenzione primaria e secondaria. Se non si affronta veramente in maniera risoluta ed efficace il problema degli stili di vita, del rischio ambientale, dell'inquinamento atmosferico e dei rischi legati al lavoro, secondo noi sarà molto molto difficile dare concretezza a quella che è una delle dimensioni che possono non soltanto promuovere la salute ma anche ridurre la spesa pubblica, evitando di essere costretti a erogare terapie spesso per molti anni ».

Come sappiamo, il tema del rapporto tra ambiente e salute e, conseguentemente, quello dell'interazione tra le istituzioni preposte alla tutela dei due interessi costituzionalmente protetti, è oggetto di attenzione da parte del PNRR, che ne fa menzione nell'ambito della Missione 6, e del

Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC), con il progetto « Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima ».

In tale contesto, l'articolo 27 del decreto-legge n. 36 del 30 aprile 2022, convertito con modifiche dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, istitutivo del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), mira a realizzare una nuova *governance* del settore, allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici.

In altri termini, con l'istituzione del SNPS e, quindi, mediante la messa a rete delle varie istituzioni coinvolte nonché mediante l'interazione con il Sistema nazionale a rete per la protezione ambientale (SNPA), si persegue l'obiettivo di rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici, potenziando l'attività di prevenzione sanitaria relativa a potenziali rischi connessi allo sviluppo e migliorando le risposte ai bisogni di salute, soprattutto in contesti ambientali compromessi.

Le criticità riscontrate nelle politiche e nelle azioni istituzionali a livello centrale e periferico nella prevenzione e promozione della salute finora messe in atto sono state evidenziate anche in occasione del contrasto alla diffusione della pandemia da COVID-19. Infatti, le dinamiche di insorgenza e propagazione in forma epidemica sono influenzate anche dal tipo di equilibrio esistente tra l'uomo e il suo ecosistema e le loro conseguenze negative per la salute possono trovare, nella presenza di inquinanti ambientali pericolosi, moltiplicatori d'effetto. È proprio per superare tali limiti, attuando le richiamate previsioni del PNRR e del PNC, che la norma prevede sia l'istituzione del SNPS sia la sua interazione con il SNPA.

L'obiettivo sotteso alla realizzazione del SNPS, tramite l'interazione con SNPA, è quello di concorrere al perseguimento degli

obiettivi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione dell'esposizione ai rischi ambientali e climatici e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, con particolare attenzione alle comunità e alle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità. Viene fatto espresso richiamo al principio di « equità », già valorizzato tra l'altro dal Piano nazionale di prevenzione (PNP) 2020-2025 approvato con intesa in Conferenza Stato-regioni, e al principio di « prossimità ».

A tal fine, il SNPS: identifica e valuta le problematiche sanitarie associate a rischi ambientali e climatici, per contribuire alla definizione e all'implementazione di politiche di prevenzione attraverso l'integrazione con altri settori; favorisce l'inclusione della salute nei processi decisionali che coinvolgono altri settori, anche attraverso attività di comunicazione istituzionale e formazione; concorre, per i profili di competenza, alla definizione e all'implementazione degli atti di programmazione in materia di prevenzione e dei livelli essenziali di assistenza associati a priorità di prevenzione primaria, assicurando la coerenza con le azioni in materia di livelli essenziali delle prestazioni tecniche ambientali (LEPTA), di cui all'articolo 9 della legge 28 giugno 2016, n. 132; concorre alla individuazione e allo sviluppo di criteri, metodi e sistemi di monitoraggio integrati, anche avvalendosi di sistemi informativi funzionali all'acquisizione, all'analisi, all'integrazione e all'interpretazione di modelli e dati; assicura il supporto alle autorità competenti nel settore ambientale per l'implementazione della Valutazione di impatto sulla salute (VIS) nell'ambito della Valutazione ambientale strategica (VAS), della Valutazione di impatto ambientale (VIA) e dell'Autorizzazione integrata ambientale (AIA).

La previsione normativa elenca, inoltre, i soggetti che, operando in coordinamento tra loro in una logica di rete, fanno parte del SNPS. Tra questi, i Dipartimenti di prevenzione di cui agli articoli 7 e 7-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, costituiscono la dorsale dell'istituendo si-

stema, di cui fanno parte anche le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che oltre ad esercitare i loro compiti istituzionali, assumono funzioni di coordinamento in rete tra i predetti Dipartimenti, nonché tra gli stessi, le strutture sanitarie pubbliche e private e gli altri enti del territorio di competenza che concorrono al raggiungimento degli obiettivi del SNPS. Al SNPS concorreranno insomma i Sistemi regionali prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS). Altri fondamentali attori del Sistema sono gli Istituti zooprofilattici sperimentali di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, l'Istituto superiore di sanità e, naturalmente, il Ministero della salute. In particolare, l'Istituto superiore di sanità, in ragione delle competenze tecniche di cui dispone e del ruolo di sostegno degli enti del Sistema sanitario nazionale, entra a far parte del SNPS con compiti di coordinamento e di supporto tecnico-scientifico. Al Ministero della salute, in considerazione dei compiti istituzionali già attribuiti dall'articolo 47-bis del decreto legislativo n. 300 del 1999, sono deputati l'indirizzo, la programmazione, il monitoraggio e le attività di comunicazione istituzionale, anche mediante l'adozione di apposite direttive.

Il decreto del Ministro della salute del 9 giugno 2022, adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ha individuato gli specifici compiti che tutti i soggetti sopraelencati svolgono nell'ambito del SNPS, per l'espletamento delle proprie funzioni.

Rimango in tema di prevenzione, per confermare tutto il mio impegno a finanziare il Piano nazionale oncologico, che è il documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro per il quinquennio 2022-2027, ed è la cornice strategica e complessiva che consente il graduale sviluppo di azioni coordinate e sinergiche per migliorare il grado di implementazione dei programmi di *screening*, aumentandone i livelli di copertura e adesione e riducendo la disomogeneità territoriale. Il Piano mira anche a contribuire a tutti gli obiettivi del Piano europeo contro

il cancro 2021 (*Europe's beating cancer plan*) con particolare riguardo agli aspetti innovativi correlati alle scienze omiche, allo sviluppo di tecniche di intelligenza artificiale, all'introduzione di nuove tecnologie per un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico. In proposito, ho promosso l'elaborazione di apposita proposta emendativa da inserire nel decreto-legge in materia di proroghe dei termini, in conversione al Senato.

L'onorevole Loizzo ha evidenziato il tema della gestione della pandemia: « Poi le chiedo ancora un particolare impegno perché si faccia chiarezza sulla gestione sanitaria del COVID, lo dobbiamo a tutti gli operatori che hanno lasciato i loro figli orfani e che meritano di avere chiarezza ».

Per quanto riguarda la gestione sanitaria della pandemia, pur concordando sulla necessità di chiarirne i punti meno chiari, la deliberazione dell'istituzione di eventuali commissioni è di competenza parlamentare.

Ha quindi segnalato il tema dell'azienda ospedaliera universitaria calabrese: « Quindi le segnalo, per quanto lei lo saprà bene, che anche la Calabria ha necessità di sapere con certezza il percorso da seguire nella fusione per incorporazione della Mater Domini col Pugliese Ciaccio; ma non è solo un problema calabrese, perché questo ritardo impedisce il decollo di grandi aziende, in cui la fusione per incorporazione non deve assolutamente dimenticare la qualità della ricerca assegnata agli universitari accanto alla qualità della parte clinica assistenziale, che è parte ovviamente ospedaliera. Quindi su questo le chiedo un suo particolare impegno ».

Su quest'ultimo tema, ribadisco l'impegno del Ministero che rappresento ad affiancare la regione Calabria nelle importanti scelte programmatiche che si trova a compiere. In tal senso, il mio Ufficio legislativo, proprio in questi giorni, su richiesta del presidente della regione Calabria ha fornito un parere giuridico che consentirà al presidente — e Commissario *ad acta* per il rientro del *deficit* della regione Calabria — di procedere celermente alla definizione della procedura di fusione per incorpora-

zione dell'Azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio nell'Azienda ospedaliera universitaria Mater Domini.

PRESIDENTE. La ringrazio Ministro. Possiamo ora passare alla parte relativa alla carenza di alcuni medicinali.

ORAZIO SCHILLACI, *Ministro della salute*. In via preliminare, prima di entrare nel merito degli aspetti tecnici relativi alla carenza dei medicinali, mi sembra opportuno segnalare che il tema « carenza » non costituisce un argomento di nuova trattazione, ma un fenomeno che ricorre periodicamente, tanto che il legislatore nazionale aveva introdotto specifiche misure per mitigarne gli effetti già con l'articolo 13 del decreto-legge 35 del 2019, così come modificato in sede di conversione dalla legge 60 del 2019; inoltre, già il decreto legislativo 219 del 2006, di recepimento della direttiva 2001/83/CE, all'articolo 34 aveva previsto specifiche misure per evitare casi di carenza di medicinali.

Svolta questa considerazione di carattere generale, l'11 gennaio ho convocato il Tavolo di lavoro permanente sull'approvvigionamento dei farmaci per definire la reale entità del fenomeno e indicare proposte risolutive, alla presenza di rappresentanti del Ministero della salute, dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e della filiera farmaceutica produttiva e della distribuzione. Il tavolo, che ho provveduto ad istituire con decreto ministeriale, sarà allargato anche ai Nas e ai medici di medicina generale.

Passo adesso ad illustrare gli elementi tecnici utili per la comprensione del fenomeno, forniti dalla competente Agenzia italiana del farmaco.

Al riguardo, occorre considerare che una sovrapposizione di fenomeni di natura diversa (aumenti di costi legati alla situazione internazionale, picco di domanda per i farmaci « stagionali », polarizzazione su poche molecole delle scelte terapeutiche proposte dai prescrittori per le malattie di stagione, coda delle difficoltà produttive legate alla pandemia da COVID-19) sta creando tensione nell'approvvigionamento

di alcuni medicinali specifici, fondamentale-
mente antinfiammatori, antinfluenzali e an-
tibiotici.

Questa difficoltà, giustamente sottolineata dagli operatori, non sarebbe direttamente riconducibile alle « carenze di farmaci », data l'ampia disponibilità di farmaci equivalenti sul mercato: ma il limitato ricorso agli equivalenti fa sì che venga invece collegata alla vasta lista di « farmaci carenti » che AIFA pubblica da oltre 10 anni per supportare pazienti e operatori, che conta oltre 3.000 prodotti (quasi tutti con equivalenti sul mercato).

Pertanto, potremmo dire che a causa di una non appropriata informazione o « distorsione » mediatica, passa questo tipo di messaggio « mancano oltre 3.000 farmaci: antinfluenzali, ma anche antitumorali »: mentre il quadro corretto, invece, potrebbe essere così rappresentato « risultano presenti nell'elenco dei medicinali carenti, oltre 3.000 farmaci (tra farmaci carenti ed in cessata commercializzazione), per i quali è quasi sempre possibile ricorrere a equivalenti, o (nei rari casi in cui questi manchino) all'importazione dall'estero, o alla preparazione galenica ».

Invero, dei 3.000 farmaci nella lista dei carenti AIFA, circa 300 sono privi di equivalenti, e quindi inseriti nella lista dei prodotti « importabili su richiesta delle strutture sanitarie »; invece, non sostituiti da altri farmaci alternativi, sono di fatto meno di 30 referenze, di cui peraltro non si discorre in questi giorni sui *media*.

Bisogna anche constatare che la comunicazione allarmistica sulle carenze di questi giorni sta generando quella che tecnicamente si chiama « carenza di rimbalzo »: l'accaparramento del farmaco da parte dei pazienti, preoccupati di avere a disposizione una scorta di un prodotto che sembrerebbe « a rischio », rafforza il picco di domanda, e crea ulteriori tensioni nell'approvvigionamento.

Visto il quadro corrente, oltre a supportare le iniziative di comunicazione tese a chiarire la reale situazione delle carenze, si è già valutato di procedere, dopo questa fase di « crisi mediatica », a una revisione dell'impianto della lista dei farmaci ca-

renti, già discussa e concordata in sede di « Tavolo tecnico indisponibilità » presso AIFA, con gli attori interessati: si provvederà ad espungere dalla lista principale tutti i farmaci di non significativa importanza.

In questo quadro, sarà anche possibile definire e promuovere, d'intesa con tutta la rete, ulteriori iniziative formative e informative che aiutino ad aumentare l'accesso agli strumenti già disponibili (equivalenti, galenica, importazione).

In prospettiva, inoltre, sono stati proposti anche altri interventi strutturali rispetto al tema degli aumenti di costi indotti dalla tensione internazionale: la rivalutazione dei prezzi dei farmaci al di sotto della soglia dei 5 euro, che sono a maggiore rischio di perdita di remuneratività, è ad esempio tra questi interventi.

Sul portale istituzionale dell'AIFA viene costantemente aggiornata la Lista dei medicinali temporaneamente carenti, che contiene le seguenti informazioni: nome commerciale del farmaco carente, principio attivo, forma farmaceutica, confezione e nominativo dell'Azienda titolare dell'AIC; data di inizio e di presunta conclusione della carenza; esistenza o meno di equivalenti; motivazioni che hanno determinato la carenza; suggerimenti per pazienti e prescrittori e/o riferimenti a specifici provvedimenti adottati dall'AIFA; eventuali note.

L'elenco in questione viene alimentato dalle informazioni trasmesse dai titolari di AIC e sulla base delle segnalazioni ricevute e verificate dall'Ufficio competente, ed è pubblicato usualmente due volte a settimana: i farmaci inclusi, per i quali normalmente sono disponibili in commercio numerosi equivalenti, appartengono a molte diverse categorie terapeutiche e in genere vengono dichiarati in carenza per problemi tecnico-produttivi o a seguito di scelte commerciali dei titolari di AIC; inoltre, in questa fase di incertezza, vista la necessità per i titolari di AIC di ottemperare alle tempistiche in materia di comunicazione delle carenze, si registrano in alcuni casi comunicazioni preventive volte ad evitare la comminazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

Ad esempio, la pubblicazione del 10 gennaio elenca 3197 farmaci (singole confezioni) carenti (incluse carenze, cessate commercializzazioni temporanee e definitive, sospensioni).

Di questi, 1.804 sono farmaci effettivamente carenti (escluse quindi le cessate commercializzazioni definitive e le sospensioni), ma solo 1.631 di questi hanno data di inizio carenza successiva al 1° gennaio 2022 (incluse carenze, cessate commercializzazioni temporanee e definitive, sospensioni): le effettive « carenze produttive » sono quindi queste, relative a farmaci per i quali l'assenza dal mercato dichiarata dal titolare è recente (meno di un anno), che rappresentano circa la metà dell'elenco AIFA.

In aggiunta, viene pubblicato un estratto della lista con i farmaci temporaneamente carenti privi di equivalenti o alternative sul nostro mercato, per i quali l'AIFA rilascia l'autorizzazione all'importazione alle strutture sanitarie per analogo autorizzato all'estero o ha rilasciato la Determinazione all'importazione al titolare AIC: le « carenze potenzialmente critiche » sono quelle inserite in questo elenco, che ad oggi include soltanto 325 farmaci.

In conclusione, la lista è uno strumento regolatorio, pubblicato a supporto degli operatori sanitari e della distribuzione, che include anche tutti gli elementi relativi alle azioni che possono essere intraprese a supporto dei pazienti (prescrizione di equivalenti, passaggio a terapia alternativa, accesso all'importazione di analogo estero, eccetera...): per facilitare le valutazioni, è stato anche predisposto un documento-guida, inserito anche nella applicazione per i pazienti messa a disposizione dalla stessa Agenzia, che permette di ricevere segnalazioni su possibili carenze di farmaci di interesse.

Le tipologie di « carenza » emerse negli ultimi anni sono fondamentalmente tre. In primo luogo vi sono carenze produttive. Le aziende titolari delle AIC comunicano l'impossibilità di rifornire il mercato italiano di un quantitativo sufficiente di farmaco: AIFA pubblica sul proprio sito il registro dei medicinali carenti, indicando anche le even-

tuali misure di tutela per i pazienti, laddove non siano presenti equivalenti o alternative sul mercato. L'elenco ristretto dei farmaci per i quali AIFA autorizza le strutture sanitarie all'importazione per i pazienti o ha rilasciato la Determinazione all'importazione al titolare AIC viene pubblicato come documento separato nello stesso sito AIFA, per rendere più accessibile l'informazione anche ai pazienti.

Le azioni per il contrasto di tali tipologie di carenze, d'intesa con regioni e *stakeholder* privati, prevedono: importazione di analoghi (strumento principale); gestione degli *stock* disponibili con contingentamento o distribuzione centralizzata (soluzione applicata per esempio per « Actilyse »); blocco dell'*export*, nei casi in cui ritenuto necessario o utile; comunicazioni a operatori sanitari, filiera distributiva, associazioni scientifiche (come LICE e SIFO), referenti regionali delle associazioni dei pazienti, con il coinvolgimento dei titolari; valutazione di deroghe necessarie per garantire continuità terapeutica; coordinamento con altre istituzioni nazionali e internazionali.

Vi è poi l'indisponibilità di prodotti non presenti sul mercato spesso a causa di distorsioni distributive (usualmente legate a *parallel trade* da parte di grossisti italiani) e quindi non dichiarati come carenti. Le segnalazioni relative vengono inviate dai pazienti e dalle farmacie alle regioni, che possono poi informare il Ministero della salute e l'AIFA rispetto a situazioni ricorrenti sulle quali non sia stato possibile intervenire a livello locale: a supporto delle regioni, AIFA convoca dal 2015 il « Tavolo tecnico indisponibilità » (TTI), che ha disposto interventi mirati (come ispezioni coordinate con il Comando NAS, o verifiche a livello internazionale su esportazioni sospette) e ha condotto un'attività di sensibilizzazione sulla normativa vigente, coinvolgendo tutti gli attori della filiera, oltre che le amministrazioni competenti. Le indisponibilità non sono oggetto di pubblicazione da parte di AIFA, data la loro natura locale e temporanea.

La terza tipologia è rappresentata dalle mancate forniture ospedaliere, con carenze

di farmaci oggetto di gare locali; le aziende che si sono aggiudicate forniture non le onorano nei tempi, o rinunciano dopo l'ottenimento dell'appalto, generando ritardi e disagi alle strutture. Data la base privatistica e locale che renderebbe difficile un intervento centrale diretto, la discussione nel Tavolo tecnico indisponibilità della tematica ha portato prima all'intervento — attraverso le associazioni dei titolari AIC — su aziende che ricorrevano nelle segnalazioni della casistica, e in seguito all'avvio di un progetto SIFO-AIFA, « *DrugHost* », consistente in una piattaforma web per la condivisione sistematica delle segnalazioni di « mancata fornitura ospedaliera », i cui dati saranno utilizzati per creare dei « profili » delle aziende, a beneficio delle regioni, che potranno poi prevedere eventuali clausole di salvaguardia più rigide per quelle aziende che risultino meno affidabili dai dati *DrugHost*. Il progetto *DrugHost* è stato avviato nel 2019 come pilota nella regione Puglia, in vista di una sua estensione a livello nazionale.

In questo quadro, l'importazione di farmaci è sicuramente uno degli strumenti di risoluzione utilizzato più frequentemente in caso di carenza: nel sito AIFA sono presenti i moduli che titolari AIC, strutture sanitarie e regioni possono utilizzare al riguardo.

In definitiva, le aziende farmaceutiche titolari di AIC hanno la possibilità di richiedere l'autorizzazione all'importazione di un medicinale temporaneamente carente di cui sono titolari, con indicazioni specifiche per gli emoderivati. Strutture sanitarie e regioni possono invece richiedere l'autorizzazione all'importazione per medicinali carenti autorizzati in Italia e loro analoghi.

La prevenzione delle carenze impegna istituzionalmente AIFA con continuità: l'esperienza accumulata in questo ambito ha fatto sì che anche nel passato sia stato possibile definire strumenti in grado di evitare pericolose mancanze di farmaci critici.

Ricordo che AIFA è attiva da anni sul tema anche al di là degli aspetti meramente produttivi. Il « Tavolo tecnico indisponibi-

lità », attivato già dal 2015, ha per esempio affrontato sistematicamente i temi distributivi che portano alle mancanze di farmaci, e ha permesso lo sviluppo di un dialogo continuo tra amministrazioni centrali e regionali e *stakeholder* privati. Partecipano al Tavolo in questione i rappresentanti del Ministero della salute, dei NAS, dell'ISS, delle amministrazioni di regioni e province autonome, e tutte le sigle della produzione, distribuzione e vendita dei farmaci, oltre a società scientifiche, operatori tecnici e logistici.

Grazie al Tavolo sono stati realizzati interventi operativi (controlli sul territorio, comunicazione al pubblico e agli operatori, formazione) e sviluppo di linee guida normative: il « sistema italiano » di contrasto alle carenze è un riferimento a livello europeo, come testimoniato non solo dal ruolo svolto sui diversi tavoli comunitari, ma anche dall'attribuzione ad AIFA della guida della « *Joint Action on Shortages* », principale progetto europeo sul tema, il cui *kick off meeting* è previsto per il prossimo febbraio

Il dialogo aperto nel Tavolo ha permesso di far partire molto prima che sui tavoli europei le discussioni con le aziende su progetti di prevenzione strategica, come le deroghe regolatorie mirate all'ottimizzazione delle produzioni, che devono evitare che le aziende non siano impattate direttamente da aspetti regolatori che vadano ad aggravare i ritardi dell'approvvigionamento: la discussione con Egualia (organo di rappresentanza delle aziende che producono generici) Farindustria e AFI è già aperta, e mira a trovare soluzioni condivise di sistema e non unilaterali, che non si limitino alla risoluzione dell'immediato.

Per quanto concerne gli eventi legati al COVID-19, segnalo che nel 2020, in coincidenza con la pandemia, si era chiaramente lavorato, d'intesa con gli ospedali, prioritariamente sulle carenze contingenti, ad esempio quelle di anestetici, miorilassanti e altri prodotti per le rianimazioni: l'interfaccia costruito da AIFA tra regioni e strutture sanitarie da un lato e aziende produttrici dall'altro, aveva garantito la continuità delle forniture per i prodotti critici,

attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili, in un periodo in cui le carenze affliggevano tutto il territorio europeo. Contestualmente si era però anche iniziato a lavorare anche sulle ipotesi di carenza delle immunoglobuline che avrebbero potuto verificarsi dal 2021, considerando il crollo, nel 2020, della raccolta di plasma, che avrebbe potuto impattare sulla disponibilità di questi prodotti. Si è quindi fatto un lavoro tecnico, avviando insieme al Centro nazionale sangue (CNS) un tavolo di discussione con il Ministero della salute, le industrie, le regioni, le associazioni dei pazienti e tutti gli attori interessati, per verificare quali potessero essere le strategie per prevenire qualsiasi mancanza di questi farmaci critici. Tra gli strumenti sviluppati in quell'ambito rientra la pubblicazione della Linea guida sull'utilizzo delle immunoglobuline in caso di carenza, realizzata al fine di ottimizzare i consumi e limitare gli sprechi in una situazione nella quale il prodotto avrebbe potuto essere poco disponibile. Questa e le altre iniziative definite di concerto con tutti gli altri attori hanno fatto sì che nel 2021 la carenza non si sia verificata con il rilievo temuto: e questo anche grazie al reindirizzamento del consumo, tanto che la linea guida CNS-AIFA è stata poi discussa come esempio a livello europeo.

In relazione alle Iniziative informative, ricordo che, oltre alle pagine dedicate del sito AIFA, l'Agenzia ha predisposto ulteriori strumenti informativi a supporto dei pazienti, tra i quali anche una applicazione per dispositivi mobili, « AIFA Medicinali », pensata come uno strumento pratico e immediato per accedere a informazioni e ricevere notifiche, realizzata su stimolo e in collaborazione con associazioni quali FISH e ANFAS, a testimonianza del dialogo aperto sul tema anche direttamente con la rete dei pazienti, in particolare rispetto a categorie

per le quali le carenze possano risultare più critiche.

Tra le tipologie di farmaci per i quali sono stati messi a punto strumenti eccezionali per le eventuali carenze rientrano per esempio infatti tutti i prodotti per l'epilessia, per i quali lo *shift* terapeutico è più complesso. In questo ambito sono stati definiti interventi straordinari, come la predisposizione di schede-guida per clinici e pazienti, pubblicate nel sito AIFA, e veicolate dalle associazioni di pazienti e dalle società scientifiche, o la promozione delle « buone pratiche » regionali, come le linee guida per la produzione galenica realizzate da regione Lombardia, SIFO e SEFAP, o le produzioni straordinarie garantite da aziende private o dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare. Uno dei problemi più significativi gestiti negli ultimi mesi riguarda per esempio il « Diazepam », indicato per crisi epilettiche nei bambini, e per il quale è stata definita una modalità di approvvigionamento attraverso l'importazione di confezioni dall'estero e loro dispensazione tramite le farmacie aperte al pubblico, integrativa rispetto alla possibilità di preparazione galenica in farmacia già attivata da tempo: in questo ambito, la collaborazione tra AIFA e i clinici della Lega italiana contro l'epilessia è stata un esempio di sinergia positiva a beneficio dei pazienti, e ha permesso di attivare meccanismi straordinari che hanno avuto il supporto delle regioni e di tutta la filiera.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la sua relazione dettagliata e molto puntale e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.55.

*Licenziato per la stampa
il 20 marzo 2023*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



19STC0022110