

Audizione del Sig. Ministro della salute
“Linee programmatiche del Ministero della salute”

SENATO

10^a Commissione

6 dicembre 2022 ore 15.00

Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare Lei e i membri di questa Commissione per l’invito ricevuto che mi consente di fornire indicazioni generali in ordine agli indirizzi relativi alle politiche del Dicastero di cui ho la responsabilità.

Infatti, è mia convinzione – così come lo è di tutto il Governo di cui ho l’onore di far parte – che la nostra attività debba basarsi su un confronto costante tra Esecutivo e Parlamento, con la volontà di realizzare un dialogo pieno ed effettivo nel corso dei lavori parlamentari.

Sono, peraltro, convinto che, come avvenuto finora, il lavoro seguito da questa autorevole Commissione sarà basato su un esame obiettivo dei temi all’attenzione, volto a privilegiare il consenso e l’interlocuzione oggettiva, rispetto a mere logiche di schieramento politico.

Chiarito questo punto, che ritengo una pre condizione di metodo, nel merito non posso che ricordare il presupposto del mio operato che è, con ogni evidenza, l’articolo 32 della Costituzione, che garantisce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, e assicura cure gratuite agli indigenti: il diritto alla salute costituisce un diritto inviolabile dell’uomo, ai sensi dell’articolo 2 della Costituzione.

Nonostante la tutela costituzionale di tale diritto, occorre constatare come alla fine dell’emergenza pandemica, il servizio sanitario nazionale (SSN) si trovi di fronte ad una serie di criticità assai rilevanti, per le quali necessita destinare iniziative concrete e, ove occorra, specifici e ulteriori finanziamenti.

Con queste indispensabili premesse, passo adesso ad illustrare le questioni di fondo su cui intendo sviluppare le linee di azione della mia *mission* istituzionale:

- a) **In ordine al grande tema della riorganizzazione e del potenziamento della medicina territoriale al fine di garantire sull’intero territorio nazionale l’assistenza sanitaria e le cure, è mia intenzione attuare la riforma del decreto n. 77 del 23 maggio 2022 “Regolamento recante la definizione di**

modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Prima di entrare nel merito dei contenuti della riforma, mi preme sottolineare che in via prioritaria è necessario intervenire per garantire alle regioni le risorse necessarie ad assicurare la piena attuazione e funzionalità della riforma, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Infatti, la non congruità delle risorse è stato il motivo che ha reso le regioni diffidenti nei confronti del nuovo Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale che rappresenta sicuramente a mio giudizio il problema più urgente del nostro SSN e che la recente pandemia ha bene bene in evidenza. Perché, da un lato il PNRR non risolve la questione delle carenze di personale, non rappresentando, come rilevato anche in documenti ufficiali, lo strumento idoneo al finanziamento di spese correnti continuative; dall'altro, si pone uno specifico problema di sostenibilità economica della realizzazione delle Case della Comunità. Segnalo che al Mezzogiorno è assegnata una riserva di risorse aumentata del 45 per cento, in ragione del maggiore fabbisogno nelle regioni del sud e delle isole, che dispongono di un minore numero di strutture sul territorio. Orbene, se è vero che alcune regioni, come Emilia Romagna e Toscana, dispongono già di più strutture di quanto indicato come obiettivo dal PNRR, altre non ne hanno affatto e non sono collocate esclusivamente nel Mezzogiorno.

Pertanto, il finanziamento dei costi di funzionamento dei nuovi servizi da realizzare (ospedali potenziati, assistenza domiciliare estesa, case e ospedali della comunità) e, in particolare, delle spese per il personale, gli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza, il costo dell'assistenza domiciliare, rappresentano preoccupazione per le regioni riguardo le risorse da reperire, di cui intendo farmi carico. Pertanto, ribadisco il mio impegno ad ottenere garanzia sulle coperture finanziarie, le quali, in ordine alla questione del personale, oltre a riguardare i vincoli finanziari e le regole sui tetti di spesa, consistono anche nel reperire le adeguate professionalità, la strumentazione e il ruolo dei medici dell'assistenza primaria con riferimento alle Case della comunità.

Nel merito, il regolamento si colloca appieno nell'ambito del PNRR, che rappresenta il motore per la programmazione delle riforme e degli investimenti che il Ministero della salute prevede di attuare entro il 2026 per promuovere la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale.

Particolare enfasi è da porre sulla **Component 1 (M6C1), alla quale sono stati destinati 7 miliardi di euro. Tale componente si articola in una riforma e in tre linee di investimento da attuare entro la metà del 2026**, per potenziare i servizi assistenziali territoriali con i punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione. Delle tre linee di investimento:

- L'investimento 1.1 (2 miliardi di euro): “Case della Comunità e presa in carico della persona” prevede l'attivazione di **1.350 Case della Comunità**, per promuovere e realizzare progetti di salute con particolare attenzione alle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità del paziente.
- L'investimento 1.2 (4 miliardi di euro): “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, nell'assistenza domiciliare la telemedicina avrà progressivamente un ruolo strategico. In tale investimento rientrano l'istituzione delle 600 Centrali Operative Territoriali (COT) che coordinano a livello di distretto la presa in carico della persona e raccorda tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sette giorni su sette. L'investimento ricomprende il Portale della trasparenza, al quale sono destinati 25 milioni per l'aggiornamento con l'obiettivo di rilevare i bisogni di salute su base territoriale e orientare la gestione dei servizi per le esigenze reali degli utenti.
- L'investimento 1.3 (1 miliardo di euro): “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” che mira all'attivazione di **400 Ospedali di Comunità**, per pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e degenze di breve durata, l'ospedale di comunità ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale dell'autonomia.

Alle misure della Component 1 si affiancano gli investimenti della **Component 2 (M6C2)** orientati a sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche. All'interno della Component 2, alla quale sono stati destinati 8,63 miliardi di euro, sono individuate 1 riforma e 2 misure da attuare entro la metà del 2026. Gli obiettivi sono tesi a garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria nella qualità e nella tempestività delle cure; nonché a valorizzare il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale.

Misura 1 - Aggiornamento tecnologico digitale

- Investimento 1.1 (4.052.410,00 miliardi di euro) “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”: prevede con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura ad alto contenuto tecnologico, la digitalizzazione di 280 sedi DEA I e II livello
- Investimento 1.2 (1.368.851.083,58 miliardi di euro) “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”: miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica

- Investimento 1.3 (1.672.539.999,93 miliardo di euro) “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione l’analisi dei dati e la simulazione: l’investimento mira a garantire una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni e a favorire il trasferimento tecnologico per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Misura 2 – Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

- Investimento 2.1 (524.140.000,00 euro) Valorizzazione e potenziamento ricerca biomedica del SSN per rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Investimento 2.2 (737.600.000,00 euro) Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativo che prevede: 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi di medicina generale ; un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere per 290.000 partecipanti; un Progetto formativo per acquisizione di competenze di management per 6.500 professionisti del SSN; 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

Sempre sul tema della riforma dell’assistenza territoriale, attesa la delicatezza e la complessità della questione, anche con riguardo all’entità delle risorse finanziarie impiegate, ho particolarmente a cuore il tema degli standard di qualità delle strutture dedicate tant’è che, pochi giorni dopo essermi insediato, ho disposto delle verifiche sul territorio che i NAS hanno condotto proprio con specifico riferimento alle case di comunità e alle RSA.

Quanto invece all’organizzazione dell’assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015, ritengo necessario – anche in ragione del tempo intercorso dall’entrata in vigore dello stesso – avviare un approfondimento con specifico riferimento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, anche in considerazione del quadro drammatico offerto dalla progressiva riduzione dei pronto soccorso e dei punti nascita e, più in generale, dalla situazione dei singoli reparti degli ospedali pubblici.

- a) Altro grande tema è quello della riorganizzazione dei processi di gestione **delle liste d’attesa dei ricoveri programmati**. Ritengo necessaria l’introduzione di **modelli e standard per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda, all’inserimento in lista d’attesa, all’accesso al ricovero, fino alla sua dimissione.**

Il potenziamento degli strumenti di monitoraggio è funzionale al miglioramento della *governance* aziendale e regionale delle liste d'attesa, e consente di orientare i flussi di ricoveri in funzione della tipologia, della complessità, dell'intensità e delle soglie di volume gestite dai singoli centri ospedalieri, avvalendosi della programmazione regionale basata su standard tecnologici, organizzativi e strutturali della rete ospedaliera.

- b) Particolare impegno in tendo approfondire nell'adozione del decreto c.d. "tariffe" necessario per superare "lo stallo" nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza LEA di cui al dPCM 12 gennaio 2017.** I LEA oggi più che mai, a un ruolo di garanzia dell'unitarietà del sistema e di tutela del diritto costituzionale alla salute, abbracciando il complesso delle attività, dei servizi e delle prestazioni di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di presa in carico assistenziale effettivamente erogati attraverso le strutture pubbliche o gli erogatori esterni accreditati. Mediante i LEA, lo Stato mette in atto una strategia che ha il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di realizzare il principio fondamentale di universalismo egualitario del SSN in un contesto di decentramento di governo. Il concetto di essenzialità, infatti, sottintende quello di efficacia, in quanto non avrebbe senso qualificare come essenziale una prestazione di non certificata efficacia.

E', quindi, necessario, concludere l'iter di definizione del decreto inerente alle tariffe massime delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica (attualmente all'esame della Conferenza Stato - regioni e di cui si auspica la più celere approvazione), al fine di assicurare l'entrata in vigore complessiva del dPCM LEA e procedere a una continua attività di ricognizione delle nuove prestazioni di robusta efficacia che la ricerca, le innovazioni tecnologiche sanitarie e la comunità scientifica rendono via via disponibili. In tal modo, si favorirà l'esigibilità, su tutto il territorio nazionale, delle prestazioni di nuova introduzione e si supereranno le disomogeneità assistenziali tra i cittadini, i quali potranno finalmente usufruire di prestazioni al passo con le acquisizioni medico-scientifiche, ormai consolidate con effetti positivi in termini di contenimento della mobilità sanitaria.

Inoltre, l'entrata in vigore del decreto tariffe, e quindi l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, renderà uniforme in tutte le regioni la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Tale uniformità favorirà 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. Al contempo, 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 irrisolta, 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. Rimanendo sul tema dei LEA, ritengo necessario avviare anche l'aggiornamento del piano nazionale della cronicità.

- c) **Altra misura che ritengo necessaria è quella per garantire la presa in carico e l'assistenza per i cittadini affetti da malattie rare.** In ordine alle malattie rare, con la recente istituzione del Comitato Nazionale Malattie Rare, previsto dalla legge n. 175, del 10 novembre 2021 "*Disposizioni per la cura delle malattie rare e della produzione dei farmaci orfani*" ritengo sia da valorizzare l'attività per l'iter di approvazione del nuovo Piano Nazionale Malattie Rare (con il relativo accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano), che rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio, delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare. Anche per quanto attiene **alle cure palliative e alla terapia del dolore** reputo prioritaria l'attività diretta all'elaborazione dei programmi triennali per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, che si attuerà mediante specifici obiettivi per ciascuna regione e provincia autonoma.
- d) Investire sul Piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza: come noto **nel ddl bilancio all'art. 94 è stata autorizzata la spesa di 40 milioni al fine di attuare le misure del menzionato Piano, allo stato all'esame della Conferenza Stato-regioni per il parere) da me fortemente sostenuto.** La resistenza agli antimicrobici (AMR), di cui l'antibiotico-resistenza (ABR) rappresenta certamente il fattore di maggiore rilevanza, è un fenomeno che nel tempo ha assunto i caratteri di una delle principali emergenze sanitarie globali. Come sapete, in assenza di azioni efficaci, la resistenza agli antibiotici di seconda linea - le opzioni di riserva per le infezioni difficili da trattare - quasi raddoppierà tra i paesi del G7 entro il 2030 rispetto al 2005. Francia e Italia sarebbero i paesi maggiormente colpiti da questo fenomeno. E' stato stimato che in Italia la resistenza agli antibiotici causerà quasi 10.800 decessi ogni anno nel periodo tra il 2015 e il 2050, una quota che rappresenta circa un terzo dei decessi d'Europa. In particolare, in Italia circa una infezione su cinque potrebbe essere causata da batteri resistenti al trattamento antibiotico entro il 2030.
- Il nuovo documento "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (in fase di approvazione) nasce con l'obiettivo di fornire all'Italia le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'ABR nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione One Health, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale e facendo al contempo tesoro dei successi e delle criticità del precedente piano nazionale.

- e) Rimanendo nell'ambito della prevenzione, non posso non fare riferimento alle iniziative per il **Piano nazionale di prevenzione vaccinale nonché al Piano per le emergenze sanitarie, nel caso, anche mediante un adeguato finanziamento per il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.**

Quanto alle iniziative in ambito vaccinale a livello nazionale, è in corso di finalizzazione la revisione della bozza del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), a seguito delle osservazioni delle regioni e del gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG - National immunization technical advisory group). Auspico che in tempi brevi si possa avviare l'iter per la condivisione del Piano in Conferenza Stato-Regioni. Il nuovo PNPV prevede il calendario vaccinale separato dal documento principale, in modo da poterne rendere più agevole l'aggiornamento in caso di modifiche delle schedule vaccinali e/o di inserimento di nuovi vaccini.

Con riguardo al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, proseguirà lo sviluppo, già avviato, di sistemi informativi per poter disporre di: sistemi di allerta rapida che possano identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti); sistemi informativi dedicati per il monitoraggio della domanda di servizi sanitari.

- f) **Piano nazionale oncologico:** come noto, 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.

Quanto al necessario finanziamento, **avevo già tentato di proporre una specifica disposizione in legge di bilancio, pertanto ribadisco, in questa sede, che è mia intenzione sostenere un emendamento per finanziare di 10 milioni di euro per il 2023 e di 10 milioni di euro per il 2024 il Piano, per agevolare l'adozione dello stesso e la compiuta attuazione sul territorio.** Inoltre, sempre con riferimento alle iniziative nazionali in campo oncologico, è mia assoluta priorità potenziare le azioni per la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'assistenza al malato oncologico in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, empowerment e gradimento dei pazienti, tenendo conto anche delle potenzialità offerte dalla ricerca e dall'innovazione, tutto ciò a conferma della valenza strategica della prevenzione e della non più procrastinabile adozione del "Piano Oncologico Nazionale - PON".

Ribadisco che la pandemia purtroppo ha fatto sì che saltassero molti screening oncologici e visite di controllo e a volte anche terapie efficaci e dovremo aspettarci nei prossimi anni un incremento del numero dell'incidenza delle malattie oncologiche; e probabilmente anche una maggiore severità delle stesse. E' un punto su cui dobbiamo avere massima attenzione.

g) **Personale sanitario.** È sempre attuale la tematica della carenza dei medici che va ormai inquadrata come “emergenza del personale sanitario”. La pandemia ha reso maggiormente evidenti le criticità, sia per quanto attiene al personale medico sia per il personale delle altre professioni sanitarie.

Al riguardo il mio impegno sarà finalizzato alla rivalutazione del trattamento economico di chi opera nel SSN. In tale direzione va la norma che ho fatto inserire in legge di bilancio (art. 93) finalizzata a riconoscere, per le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e del personale del comparto, operante presso i servizi di pronto soccorso, un incremento dell'indennità, con un impegno di spesa di 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni per la dirigenza sanitaria e 140 milioni per il personale del comparto sanità.

Il mio prossimo impegno sarà volto ad anticiparne la decorrenza al 2023 e lavorare con le Regioni al fine di poter destinare, non appena sarà possibile, un maggior finanziamento per retribuire meglio gli operatori sanitari. Ciò anche al fine di rendere maggiormente attrattivo il servizio prestato nel SSN. Rimanendo sul tema del personale, occorre considerare che il sistema sanitario costituisce un sistema estremamente complesso, che risente di una molteplicità di variabili in continuo mutamento, tra le quali lo sviluppo tumultuoso di conoscenze e tecnologie, una domanda sanitaria sempre più attratta verso la cronicità, il manifestarsi nel tempo di emergenze ed urgenze individuali e collettive.

Per sostenere le sempre nuove sfide che il SSN si trova ad affrontare, un ruolo fondamentale è **attribuito ai professionisti, principali attori e leve del sistema. Nella consapevolezza della centralità delle risorse umane per lo sviluppo ed il funzionamento dei servizi ospedalieri e territoriali è necessaria, pertanto, una costante attenzione al capitale umano del SSN.** I professionisti del SSN si trovano oggi ad operare in un contesto sempre più difficile. Infatti, il reiterarsi negli ultimi anni delle manovre finanziarie di contenimento della spesa, ed in particolare dei vincoli assunzionali, evidenti soprattutto nelle regioni in piano di rientro, ha finito per determinare nel tempo una grave carenza di personale che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro, rendendo sempre più difficile assicurare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure.

Le limitazioni al turn over, dettate da esigenze di contenimento della spesa, hanno finito, nel tempo, per avere importanti ricadute in termini di qualità del sistema, anche perché hanno ostacolato il passaggio di quella conoscenza esperienziale tra generazioni che dovrebbe caratterizzare il rapporto lavorativo tra professionisti più anziani, con una lunga storia di impegno quotidiano in corsia, ed i giovani

professionisti. Tali limitazioni hanno comportato, inoltre, un incremento di varie forme di precariato, con conseguente demotivazione dei professionisti ed il concreto rischio che le prestazioni assistenziali vengano affidate a soggetti non sempre in possesso delle necessarie competenze.

La contrazione di risorse disponibili ha finito per generare, nel medio periodo, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture che, con riferimento soprattutto ad alcuni settori maggiormente critici, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi. **Ecco perché punto alla rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del SSN. Ma anche una migliore organizzazione per far sì che il nostro sistema sanitario sia più attrattivo per gli operatori.** Negli ultimi anni, nonostante l'incremento progressivo delle risorse per i contratti di formazione medico specialistica, si è registrata una vera e propria "fuga" 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. Anche il mondo della sanità è coinvolto in questi processi 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.

E' 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. Occorre affrontare anche, in maniera sinergica - con il coinvolgimento di tutte le istituzioni competenti - il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del SSN 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.

Anche su questa complessa distorsione del sistema, i NAS, previa di intesa con il sottoscritto, hanno effettuato specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari, da cui sono emerse anche 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 (o.s.s.), 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".

Parallelamente si dovrà continuare ad agire sui vincoli di spesa che riguarda il personale per assicurare alle regioni i necessari strumenti di flessibilità, in coerenza con le dinamiche di potenziamento degli organici già avviate per rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, anche con l'obiettivo di recuperare le liste d'attesa sensibilmente aumentate a causa dell'emergenza pandemica.

- h) Valorizzare il rapporto di lavoro dei medici delle cure primarie (MMG e PLS)**
Nell'assicurare il rafforzamento strutturale delle reti territoriali occorrerà valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e degli altri professionisti del territorio, potenziando le risorse umane dedicate, con l'obiettivo di garantire l'appropriata presa in carico dei bisogni di salute connessi all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità. Sarà pertanto necessario lavorare, con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder, per realizzare appieno le opportunità offerte dalle risorse del PNRR, garantendo un'assistenza capillare, attraverso le reti di prossimità, e realizzando la piena integrazione dei professionisti nell'ambito di team multidisciplinari, per alleggerire la pressione sul pronto soccorso e sugli ospedali ed offrire ai cittadini in maniera accessibile e immediata i servizi di cui hanno bisogno.
- i) Quanto al finanziamento del Fondo sanitario nazionale,** segnalo che nonostante la situazione economica complicata a causa del post-pandemia, della guerra in Ucraina e della crisi energetica, la manovra destina alla sanità 2.150 miliardi in più per il 2023, 2.300 in più per il 2024 e ben 2.600 miliardi in più per il 2025, rispetto a quanto previsto. Assistiamo così, anche in tempi di necessaria revisione della spesa una chiara inversione di tendenza, considerato che dal 2013 al 2019 il fondo sanitario è sempre stato defianziato da tutti i governi che si sono succeduti in quegli anni. Anche nel 2020, 2021 e 2022 il livello dell'incremento è stato nel primo anno superiore a causa della pandemia ma poi è sempre stato sensibilmente inferiore a quello registrato nell'ultima manovra di finanza pubblica.

- j) **Finanziamento a favore della ricerca sanitaria.** Con riferimento al tema cruciale della ricerca sanitaria, si ricorda che nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, in attuazione della Missione 6 “Salute” sono stati previsti i bandi 2022 (€ 262mln) e 2023 (€ 262mln) sulle tre tematiche “Malattie rare e Tumori rari”, “Malattie croniche non trasmissibili, ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali” e “Proof of Concept”. I progetti finanziati nell’ambito del bando 2022 sono 226, ripartiti in base alle tre tematiche previste come di seguito: 50 per malattie e tumori rari; 139 per malattie altamente invalidanti; 37 per Proof of Concept. Per i progetti da finanziare verranno stipulate le convenzioni, effettuate le verifiche previste dalla normativa e avviate le procedure di monitoraggio. **Confermo che è mia intenzione proseguire le iniziative già avviate.**

Inoltre, nel Piano nazionale per gli investimenti complementari (€ 105mln nel 2022, 115mln nel 2023 e 84mln nel 2025) è stata prevista la costituzione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico, di tre *hub* di *life science* (in materia di Terapie avanzate, Diagnostica avanzata e Digital health per la medicina di prossimità), nonché del bio *hub* antipandemico necessario a promuovere e coordinare la ricerca di alto profilo, anche in funzione dello sviluppo di contromisure mediche e della produzione preindustriale di nuovi vaccini e anticorpi monoclonali contro infezioni emergenti e pandemie. Tali strutture svolgeranno un ruolo fondamentale laddove dovessero ripresentarsi emergenze pandemiche, talché l’Italia non si trovi impreparata in evenienze simili.

- k) **Puntare sulle farmacie dei servizi.** Le farmacie, con la loro capillare diffusione su tutto il territorio nazionale (anche nelle aree rurali e disagiate), rappresentano un punto di riferimento per la collettività e per il servizio sanitario nazionale, costituendo spesso il presidio sanitario più prossimo per i cittadini. Nel corso della gestione della fase pandemica, le farmacie hanno garantito un indispensabile servizio a tutela del diritto alla salute dei cittadini. E’ mia intenzione sostenere e promuovere ogni iniziativa che, in modo sistematico e a regime, possa consentire alle farmacie di erogare i servizi da mettere a disposizione del pubblico, in modo che tutta la popolazione possa trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. In tale direzione va vista la disposizione di cui all’articolo 95 del ddl bilancio per il 2023, **ma ritengo che ormai i tempi siano maturi per rivedere a regime il sistema di remunerazione delle farmacie e dell’intera filiera, che da anni deve essere aggiornato.**

- l) **Implementare l’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta sistematica, l’elaborazione, l’analisi dei dati sanitari da parte del Ministero della salute nell’ottica del potenziamento della digitalizzazione in ambito sanitario.** La digitalizzazione dei sistemi sanitari è una parte fondamentale della strategia della Commissione europea per responsabilizzare i cittadini e costruire una società più in salute. In questo contesto, la Commissione europea (CE) ha stabilito

le priorità per trasformare digitalmente il sistema sanitario in un mercato unico digitale e mettere i cittadini dell'UE al centro di esso.

I dati sono ormai riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale nel settore sanitario e i cittadini devono essere in grado di accedere e condividere i propri dati ovunque nell'UE. Inoltre i dati sanitari sono di rilevante importanza per la promozione della ricerca, della prevenzione delle malattie, dell'assistenza sanitaria personalizzata e dell'accessibilità degli strumenti digitali per un'assistenza centrata sulla persona. Al fine di garantire che l'UE consegua i suoi obiettivi di una trasformazione digitale conforme ai suoi valori, gli Stati membri hanno concordato l'11 maggio 2022 un mandato negoziale relativo al programma strategico per il 2030 dal titolo *Percorso per il decennio digitale* e, tra gli indicatori di digitalizzazione da raggiungere, è previsto il 100% di disponibilità online dei FSE per tutti i cittadini dell'Unione.

In questo contesto si inserisce l'investimento PNRR per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che, come noto, è stato istituito dall'articolo 12 del decreto-legge n.179 del 2012 convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, profondamente modificato negli ultimi anni, ed è definito come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private. L'investimento proposto nel PNRR, in linea e in sinergia con le azioni in corso dal 2012, intende realizzare l'evoluzione, il completamento e la diffusione del FSE, perché possa realmente diventare:

- omogeneo a livello nazionale;
- punto di accesso per gli assistiti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; strumento per le regioni/asl che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

L'investimento PNRR prevede:

- la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire;
- l'integrazione dei documenti da parte delle regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e di competenze per realizzare i cambiamenti necessari per l'adozione del FSE.

m) **Iniziative in tema di revisione e riordino degli enti vigilati.** Il tema degli enti vigilati è sempre attuale e richiede periodici interventi di adeguamento delle relative strutture alle esigenze e all'evoluzione delle funzioni che gli stessi enti sono chiamati ad assolvere.

Partendo da questo contesto, si può valutare ed apprezzare l'iniziativa di revisione dell'ordinamento dell'AIFA, la cui organizzazione risale a circa 20 anni fa, per cui era ormai maturo il tempo per intervenire e sanare l'anomalia di sistema che vedeva il Presidente dell'Agenzia privo dei poteri di rappresentanza legale dell'ente. Seguiranno altri interventi finalizzati ad attuare in maniera più organica una revisione del panorama degli altri enti vigilati.

Ulteriore tematica di rilievo che va promossa e sostenuta è tutta la materia della sperimentazione dei medicinali e dei comitati etici; è mia intenzione avviare un approfondimento sul vigente regime, ed è mia intenzione velocizzare l'adozione dei decreti in materia di sperimentazione previsti dall'art. 2 della legge n. 3 del 2018.

Concludo segnalando che è mia intenzione portare a compimento entro l'anno il processo di riforma degli IRCCS, il cui decreto legislativo è alle ultime battute, ricordando che il progetto è inserito nell'ambito delle misure previste per l'attuazione del PNRR.

Vi ringrazio per l'attenzione