



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 61

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLE
TEMATICHE AFFERENTI AD ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE, EMERGENZA-URGENZA, NONCHÉ SUI
RECENTI EPISODI DI VIOLENZA AI DANNI DEL PERSONALE
SANITARIO

227^a seduta: martedì 17 settembre 2024

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Comunicazioni del Ministro della salute sulle tematiche afferenti ad assistenza sanitaria territoriale, emergenza-urgenza, nonché sui recenti episodi di violenza ai danni del personale sanitario**

PRESIDENTE	Pag. 3, 15, 16 e <i>passim</i>
* CAMUSSO (PD-IDP)	17, 18
CANTÙ (LSP-PSd'Az)	19
CASTELLONE (M5S)	15, 16, 17
GEMMATO, sottosegretario di Stato per la salute	15
MAZZELLA (M5S)	20
* SCHILLACI, ministro della salute	3
ZAMBITO (PD-IDP)	18
ZULLO (Fdi)	18

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.

Intervengono il ministro della salute Schillaci e il sottosegretario di Stato Gemmato per lo stesso Dicastero.

I lavori hanno inizio alle ore 15,35.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del Ministro della salute sulle tematiche afferenti ad assistenza sanitaria territoriale, emergenza-urgenza, nonché sui recenti episodi di violenza ai danni del personale sanitario

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del Ministro della salute sulle tematiche afferenti ad assistenza sanitaria territoriale, emergenza-urgenza, nonché sui recenti episodi di violenza ai danni del personale sanitario.

Cedo la parola al ministro della salute, Orazio Schillaci.

SCHILLACI, *ministro della salute*. Signor Presidente, saluto lei, tutti i componenti della Commissione e il sottosegretario Gemmato.

Vi ringrazio per l'invito a svolgere questa relazione sui temi dell'assistenza sanitaria territoriale e della medicina di emergenza-urgenza, nonché sugli episodi di violenza ai danni del personale sanitario. Sono temi di grande rilevanza che presentano aspetti di criticità: sia il mio Dicastero che io personalmente ne abbiamo piena consapevolezza e in relazione ad essi abbiamo avviato e stiamo continuando a sviluppare un progetto organico di riforma, ferme restando le competenze regionali in materia.

Il primo tema che mi preme affrontare è quello relativo alla medicina territoriale. Come vi è noto, già nella manovra di bilancio 2024, il Ministero si è impegnato ad elaborare i due importanti disegni di legge collegati, finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale e ospeda-

liera, nonché alla riforma delle professioni sanitarie, che con il supporto del Parlamento e delle competenti Commissioni parlamentari, quindi con il vostro aiuto, intendo definire e portare all'approvazione quanto prima.

Con particolare riferimento alla riforma dell'assistenza ospedaliera e territoriale, presso il Ministero della salute è stato costituito un apposito tavolo di studio, che ha ultimato il proprio lavoro di ricognizione delle criticità del decreto ministeriale n. 70 del 2015 e del decreto ministeriale n. 77 del 2022. Le risultanze di questa indagine, a seguito di un'attenta analisi, costituiscono la base per l'elaborazione del disegno di legge programmato, nell'ottica di superare le lacune dei settori interessati.

A tal proposito, occorre partire dalla consapevolezza che la visione tipicamente ospedalocentrica del nostro Paese ha ostacolato lo sviluppo negli anni della medicina territoriale. I limiti di questa impostazione sono emersi in particolar modo durante la fase pandemica, tenuto conto che, come ben sappiamo, il prezzo maggiore è stato pagato proprio dai territori, nei quali la medicina del territorio è risultata più carente. Io credo che l'assistenza sanitaria territoriale sia fondamentale e per questo non propendo per una visione strettamente ospedalocentrica. Bisogna comunque anche ricordare che negli anni il numero di posti letto disponibili presso gli ospedali italiani è andato diminuendo. Capite quindi che, se da un lato non c'è stato uno sviluppo adeguato della medicina territoriale e dall'altro c'è stato un calo continuo dei posti letto, siamo arrivati a una fase di criticità. In quest'ottica, credo che dobbiamo pensare a una riforma della medicina territoriale, ma anche che questa riforma valorizzi il ruolo svolto dai medici di base, cioè i medici di medicina generale.

Sono fortemente convinto – lo ripeto sempre – che nessuna vera riforma sanitaria può avere speranza se non si rivede il ruolo svolto dai medici delle cure primarie, che sono fondamentali e rappresentano la prima garanzia di assistenza sanitaria dei cittadini. A prescindere dalle regole d'ingaggio e dal fatto che i medici di base siano o meno dipendenti del Servizio sanitario regionale, ciò che rileva veramente è che queste figure diano un contributo effettivo orario nell'ambito del Servizio sanitario regionale e che ciò avvenga in particolare all'interno delle strutture che saranno deputate ad assicurare la medicina territoriale.

Senza entrare nel merito della tipologia del contratto, anche se molti presidenti di Regioni, anche di diverso orientamento politico, propendono perché i medici di medicina generale diventino dipendenti del sistema sanitario regionale, ritengo indispensabile che i medici di medicina generale lavorino un determinato numero di ore e assicurino quel lavoro all'interno delle case di comunità. Questo è un punto fondamentale per garantire l'efficacia di una qualsiasi riforma dell'assistenza territoriale nell'ottica di una sanità migliore e più vicina ai cittadini.

Su questo dato vorrei ribadire che stiamo rispettando tutti gli obiettivi nei tempi previsti per assicurare, entro il 2026, la piena operatività di case e ospedali di comunità e, già entro la fine del 2024, delle centrali territoriali. Per quanto riguarda le case di comunità, ad oggi sono stati avviati 538 cantieri, ovvero il 52 per cento del *target* previsto; per quanto

riguarda gli ospedali di comunità, sono stati avviati 167 cantieri, il 55 per cento del *target* previsto, e anche 307 ospedali di comunità. Entro la fine del 2024 il 100 per cento delle centrali operative territoriali (COT) sarà pienamente funzionante e ad oggi ne risulta collaudato oltre il 90 per cento.

Anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, un altro punto fondamentale per l'assistenza territoriale, gli ultimi dati indicano che abbiamo superato l'8 per cento dei nuovi assistiti *over 65*; abbiamo in sostanza quasi raggiunto l'obiettivo finale di presa in carico del 10 per cento previsto per il 2026. I benefici derivanti dal potenziamento dell'assistenza territoriale si ripercuoteranno positivamente anche sull'assistenza ospedaliera, soprattutto in termini di decongestione dei pronto soccorsi.

È proprio la situazione dei servizi dell'emergenza-urgenza a costituire il secondo tema oggetto dell'audizione odierna, sul quale è veramente doveroso soffermarsi. A tal proposito, mi preme sottolineare che la medicina dell'emergenza-urgenza, quale settore dell'assistenza ospedaliera, costituisce uno degli ambiti nei quali maggiormente si sono concentrati gli interventi normativi degli ultimi anni e che continua ad essere oggetto di particolare attenzione da parte mia e degli uffici del Ministero. Il principale aspetto critico del settore di emergenza-urgenza è la carenza di personale del Servizio sanitario nazionale, che fin dall'insediamento di questo Governo abbiamo cercato di fronteggiare.

Lasciatemi però fare una considerazione: l'emergenza-urgenza è un problema non solo nella nostra nazione. Il fatto che i giovani medici – su questo magari ritornerò – scelgano oggi con scarsa attrattività la medicina di emergenza-urgenza è quello che avviene in gran parte dei Paesi europei, anche in Stati importanti: penso agli Stati Uniti. Il problema deriva dal fatto che ci sono state tante manovre di contenimento della spesa, e la previsione di vincoli assunzionali, soprattutto per quanto riguarda le Regioni in piano di rientro, ha determinato carenza del personale sanitario, che, unita a un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente a un forte deterioramento delle condizioni di lavoro. Questo ha reso il Servizio sanitario nazionale sempre meno attrattivo e ne è derivato che in tante Regioni c'è una scarsa partecipazione alle procedure concorsuali, anche se oggi notiamo in più di un caso un'inversione di tendenza.

Voglio richiamare la vostra attenzione sul fatto che nel recente decreto-legge n. 73 del 2024, recante misure per la riduzione delle liste d'attesa, questo Governo e il Ministero della salute, per la prima volta dopo vent'anni, ha affrontato il tema del superamento del tetto di spesa per l'assunzione del personale del Servizio sanitario nazionale, che per lungo tempo è stato parametrato alla spesa storica dell'anno 2018, o, se superiore, dell'anno 2004, diminuita dell'1,4 per cento. Con l'articolo 5 del predetto decreto, infatti, è stato stabilito per l'anno 2024 l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale, autorizzati per l'anno 2023, ai sensi della normativa già vigente in materia, prevedendosi a decorrere dal 2025 la definizione,

con decreto ministeriale, di una metodologia diversa che tenga in conto e determini il fabbisogno del personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Pertanto, dal 2025 le effettive esigenze di personale sanitario dei servizi sanitari regionali saranno standardizzati sulla base di piani di fabbisogno triennale comunicati dalle Regioni, sostituendo così alla logica del vincolo finanziario quella di un'attenta programmazione dei fabbisogni.

Non va inoltre trascurato che la pandemia ha certamente contribuito, con lo *stress* correlato e i tanti effetti psicologici, ad accentuare il fenomeno della cessazione dei rapporti di lavoro per cause diverse dai pensionamenti. Soprattutto per quanto riguarda i servizi sanitari caratterizzati da condizioni di lavoro disagiate (turni, alta frequenza di lavoro notturno durante le festività), sempre meno professionisti sono disposti a legarsi ad un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, preferendo forme d'ingaggio atipiche o scegliendo di operare nel settore privato anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate.

Secondo la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, si stima che oggi manchino circa 4.500 medici e oltre 10.000 infermieri a livello nazionale. Questo, come sapete, ha portato al ricorso a gettonisti che hanno operato con effetti solo deleteri sul sistema. Per far fronte a questi fenomeni di esodo improprio dal Servizio sanitario nazionale, già nel 2023 siamo intervenuti per ridurre il ricorso alle esternalizzazioni. Anche attraverso l'incremento delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e infermieristico, abbiamo aumentato gli importi delle indennità del pronto soccorso per medici ed infermieri e rivisto le modalità di ammissione in servizio del personale fuoriuscito. Abbiamo inoltre riconosciuto benefici a fini pensionistici per coloro che permangono nelle sedi di servizio più disagiate.

Nel corso di quest'anno siamo intervenuti ulteriormente con l'articolo 7 del decreto-legge n. 73, recante le misure già ricordate per la riduzione delle liste d'attesa, prevedendo una specifica imposta sostitutiva per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale sanitario, per garantire un adeguato incentivo economico ai professionisti del Servizio sanitario nazionale.

È stata inoltre prevista una particolare disciplina per l'affidamento a terzi dei servizi medici e infermieristici, la ricostituzione del rapporto di lavoro del personale con il Servizio sanitario nazionale, un regime temporaneo di deroga del riconoscimento dei titoli professionali conseguiti all'estero (come esempio cito quello dei medici dell'Ucraina) e la reinternalizzazione dei servizi. In particolare, con il precipuo intento di arginare il fenomeno dei cosiddetti medici a gettone, siamo intervenuti con il decreto-legge n. 34, il cosiddetto decreto bollette del 2023. Abbiamo previsto, all'articolo 10, la possibilità di ricorrere all'esternalizzazione dei servizi medico-sanitari a terzi con la stipula di contratti in un'unica soluzione nei soli casi di necessità ed urgenza, laddove non sia possibile sopperire altrimenti alla carenza di personale sanitario.

Eliminare i medici gettonisti dal Servizio sanitario nazionale è, a nostro avviso, l'unico modo per far sì che questi medici rientrino all'interno del Servizio sanitario nazionale con condizioni diverse e più giuste per chi lavora tutti i giorni e ha vinto un concorso nel Servizio sanitario nazionale. Inoltre, nell'ottica di disincentivare un uso distorto dei rapporti di lavoro libero professionali, con conseguenti cessazioni anticipate dei rapporti professionali, volti a conseguire maggiori profitti, è stata prevista l'impossibilità di essere successivamente riammessi in servizio.

In attuazione dell'articolo 10, comma 3, del decreto legislativo n. 34 del 2023, è stato costituito presso il Ministero della salute un apposito gruppo di lavoro formato dai rappresentanti del Ministero della salute, dell'ANAC (Autorità nazionale anticorruzione) e del Ministero dell'economia e delle finanze. Questo gruppo di lavoro ha definito le linee guida recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli *standard* di qualità dei servizi medici ed infermieristici, oggetto degli affidamenti a terzi dei servizi medico-sanitari. Queste linee guida sono state adottate con un apposito decreto ministeriale.

Su questo tema faccio presente che, nel rapporto ANAC del 15 febbraio di quest'anno, risulta che nel mese di settembre del 2023 l'Autorità ha avviato un'analisi sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico e infermieristico, al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cosiddetti « gettonisti » nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Servizio sanitario nazionale. Un primo *step* dello studio ha riguardato i dati relativi a tutte le modalità di affidamento, esclusi i contratti discendenti da accordi quadro e convenzioni, al fine di escludere eventuali duplicazioni nel calcolo dell'importo complessivo, essendo questo già comprensivo degli accordi quadro e delle convenzioni avviate a monte. Tuttavia, dato che gli importi dei contratti a monte rappresentano di fatto una previsione di spesa che le stazioni appaltanti potrebbero sostenere in un determinato arco temporale, in genere nei tre o quattro anni successivi, è stato ritenuto utile effettuare un'analisi che includesse le adesioni a valle al posto degli accordi quadro e convenzioni a monte. Un'analisi dei contratti di adesione può fornire, infatti, una misura più verosimile della spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti.

Con riferimento al personale medico, i dati relativi al periodo 2019-2022 evidenziano chiaramente come il fenomeno dei gettonisti sia esploso a seguito dell'emergenza sanitaria iniziata nel 2020. Infatti, nel 2019, ossia nel periodo pre-pandemico, i contratti, incluse le iniziative avviate come accordi quadro e convenzioni per il reperimento di personale medico, ammontavano a circa 9,6 milioni di euro. L'anno successivo veniva registrata una variazione, benché positiva ancora piuttosto contenuta, pari a circa il 15 per cento, con un ammontare pari a 11 milioni. Nel 2021, nel pieno della pandemia, invece, assistiamo ad un incremento straordinario pari al 174 per cento, facendo registrare un valore di ben 30 milioni di euro. Nell'anno 2022, quando stava scemando l'ondata emergenziale che poteva aver giustificato il comportamento dell'anno prece-

dente, si continuava però a registrare un andamento crescente, pur risultando rallentato rispetto all'anno precedente, ma in grado in ogni caso di raggiungere un valore pari a circa 37 milioni di euro, con un incremento del 22 per cento rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, si rileva come, a differenza del personale medico, il fenomeno in realtà era rilevante già negli anni pre-pandemici. Dal 2019 al 2020 si osserva infatti una crescita rilevante (pari al 104 per cento) dei contratti, inclusi gli accordi quadro-convenzioni, seguita da una notevole contrazione negli anni successivi. Tuttavia, la forte diminuzione, osservata in particolare nel 2022, non deve far pensare ad un arresto di questo fenomeno. Infatti, dobbiamo tener conto che l'avvio di accordi quadro rilevanti comporta ragionevolmente una riduzione delle procedure avviate autonomamente dalle stazioni appaltanti negli anni successivi.

Il dato del 2022, quindi, risente molto verosimilmente dell'avvio di accordi quadro nei precedenti anni. Questo viene confermato dall'analisi sulla spesa effettiva, ossia quella che tiene conto di contratti ed adesioni al netto degli accordi quadro e convenzioni. Il calo che si è registrato è più moderato: calcolando la variazione sull'intero periodo 2019-2022, si registrerebbe infatti una riduzione pari al 94 per cento per la quota di contratti più accordi quadro e del 36 per cento per la spesa data da contratti più adesioni. Incide in modo rilevante la quota di adesioni effettuate nel 2021 e nel 2022 rispettivamente di 12 e 13 milioni di euro. Questo dimostra chiaramente come l'analisi dei contratti di adesione fornisca una misura più realistica dell'andamento annuale del fenomeno.

Dall'analisi territoriale sulla spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti nell'intero periodo 2019-2023, con specifico riferimento alla fornitura di personale medico ed infermieristico, emerge *in primis* che tutte le Regioni, tranne la Provincia autonoma di Trento, risultano coinvolte in misura diversa in questo processo di approvvigionamento; alcune di più per quanto riguarda il personale medico, altre di più per quanto riguarda il personale infermieristico.

Tornando al tema della carenza di personale di pronto soccorso, mi preme illustrare le misure adottate da questo Governo per assicurare adeguate condizioni lavorative e rendere il Servizio sanitario nazionale maggiormente attrattivo. Vorrei anche ricordare qui che la scarsa attrattività della specialità di emergenza-urgenza non è la sola; ci sono altre specialità mediche importanti (cito sempre ad esempio la radioterapia o l'anatomia patologica) che oggi, purtroppo, vengono scelte con difficoltà dai giovani medici. Siamo di fronte a un problema, quindi, che non riguarda solamente l'emergenza-urgenza; pensate alla medicina moderna, o alla medicina di precisione. Come pensiamo di poter combattere il cancro, o di poter usufruire di tutti i vantaggi che la ricerca e la scienza ci portano in campo oncologico, se non avremo un numero adeguato di specialisti, per esempio in radioterapia e medicina di precisione?

Per quanto riguarda l'emergenza-urgenza, ricordo che proprio la scorsa settimana al Ministero è stata lanciata una campagna promozionale

per far capire ai giovani medici quanto a volte bisogna scegliere specialità non solo con la testa, ma anche con il cuore; quanto sia bello e quali soddisfazioni dia salvare, come avviene spesso al pronto soccorso, delle vite umane.

Per quanto riguarda la valorizzazione del personale della dirigenza medica e del comparto operante in pronto soccorso, abbiamo provveduto, con l'articolo 1, comma 526 della legge 29 dicembre 2022, n. 197, ad incrementare di 200 milioni a regime l'indennità specifica istituita dalla legge di bilancio per l'anno 2022. Con il già citato decreto-legge n. 34 del 2023, siamo nuovamente intervenuti sull'indennità di pronto soccorso e abbiamo previsto un ulteriore incremento già a decorrere dal giugno del 2023.

Inoltre, proprio per le caratteristiche del lavoro svolto nei servizi di pronto soccorso, questo è certamente uno dei settori in cui di più si è assistito negli ultimi anni ad un incremento del contenzioso, con conseguenti meccanismi sempre più lesivi del rapporto di fiducia medico-paziente: un ulteriore effetto demotivante per i professionisti sanitari, spesso costretti ad affrontare le conseguenze di giudizi civili, penali, disciplinari e contabili.

In sede di conversione del cosiddetto decreto milleproroghe (decreto-legge n. 215 del 2023), sono state prorogate le disposizioni di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge del 1° aprile 2021, n. 44, con le quali è stata disposta, al di fuori dello stato di emergenza epidemiologica, la limitazione della punibilità dei professionisti sanitari ai soli casi di colpa grave, per i fatti di cui agli articoli nn. 589 e 590 del codice penale (lesioni e omicidio colposo), commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario. Nell'ambito di tale fattispecie, il giudice, ai fini della valutazione della colpa, terrà conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono stati commessi, nonché dal minor grado di esperienze e conoscenze tecniche possedute da personale non specializzato. Sono allo studio, d'intesa con il Ministero della giustizia, ulteriori misure per rendere strutturale la limitazione della responsabilità penale dei professionisti sanitari solo ai casi di colpa grave.

Abbiamo poi predisposto ulteriori misure per incrementare il coinvolgimento degli specializzandi, sui quali contiamo molto, nel sistema di garanzia assistenziale del Servizio sanitario nazionale. La questione della carenza dei medici va, infatti, anche affrontata dando maggiore spazio e maggiore dignità professionale ai medici in formazione e agli specializzandi. D'altra parte, questi interventi non possono essere pienamente efficaci se il sistema non dispone di un numero di professionisti formati, adeguato ai predetti fabbisogni. In tale contesto, sebbene oggi il cosiddetto « imbutto formativo » sia stato superato, tanto che il numero di domande è ormai pari al numero complessivo di contratti di formazione specialistica di disponibilità, la scarsa attrattività del Servizio sanitario

nazionale, in particolar modo di emergenza-urgenza e di altre discipline, si riflette anche sulla scelta dei medici in formazione specialistica.

Il fatto che alcune specializzazioni mediche oggi siano meno attrattive non è un fenomeno solo italiano. Quando, di recente, mi sono confrontato con il Sottosegretario di Stato americano, è emerso che la prima scuola di specializzazione scelta dai giovani medici italiani è la stessa scelta dai giovani medici americani, cioè la dermatologia. Il fatto che i giovani oggi si accostino meno volentieri ad alcune specializzazioni è un problema sul quale riflettere e sul quale deve essere pienamente coinvolta la formazione dei medici a livello universitario. Pertanto, non è un problema solo italiano, così come non lo è la carenza di infermieri. Di recente si è espressa anche la Comunità europea in proposito; gli infermieri mancano in tutta Europa, mancano negli Stati Uniti e mancano in Giappone. Anche di questo dobbiamo tener conto.

A conferma di quello che dicevamo, quello che desta preoccupazione è il numero di contratti di specializzazione; oggi parliamo in particolare di emergenza-urgenza. Andiamo un attimo a rivedere questo dato: se nel 2021 risultavano assegnati solo 510 contratti, pari al 47 per cento dei posti disponibili, questo numero scende addirittura a 340 contratti nel 2022, pari al 42 per cento, per raggiungere nel 2023 il numero di 245 contratti, pari al 29 per cento delle risorse stanziare a livello nazionale. Questi dati sono quelli del Ministero dell'università e della ricerca; vediamo cosa accadrà quest'anno. Questo *trend*, come dicevo prima, impone assolutamente una riflessione. Per assicurare che qualsiasi intervento normativo vogliamo mettere in campo sia realmente ed effettivamente efficace, dobbiamo avviare le necessarie interlocuzioni con il Ministero dell'università e della ricerca – cosa che abbiamo fatto, perché è competente in materia – e con le Regioni, per trovare finalmente soluzioni efficaci anche attraverso una specifica valorizzazione degli specializzandi impegnati in quelli che oggi sono i percorsi, a loro giudizio, meno attrattivi.

Collegata al tema è la scarsa attività di alcune borse di specializzazione oltre l'emergenza-urgenza. Dobbiamo poi pensare, per questa tipologia, anche alle condizioni di lavoro stressanti e pericolose, sia fisicamente, purtroppo per le aggressioni sulle quali tornerò più tardi, sia nel contenzioso medico-legale del quale vi ho già parlato. D'altra parte pesa anche, certamente, la scelta di fatto di non poter svolgere un'attività libero-professionale o le difficoltà nell'aggiornamento professionale.

Muovendo dalla convinzione che gli specializzandi possono costituire un'importante risorsa per il Servizio sanitario nazionale, con il decreto-legge n. 34 del 2023, all'articolo 12, abbiamo loro riconosciuto la possibilità di assumere incarichi libero-professionali di collaborazione coordinata e continuativa. Questa facoltà era inizialmente prevista in via sperimentale fino al 31 dicembre 2025, in relazione ad incarichi presso il pronto soccorso e per un massimo di otto ore settimanali. Con il decreto-legge 3 marzo del 2024, n. 19, abbiamo esteso la possibilità di assumere incarichi libero-professionali in re-

lazione a tutti i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale e non solo al servizio di emergenza-urgenza.

Il lavoro del Ministero della salute per fronteggiare la carenza del personale del Servizio sanitario nazionale certamente non è concluso. Abbiamo elaborato ulteriori proposte normative, inserite in un disegno di legge in materia sanitaria, già approvato dal Consiglio dei Ministri, che sarà quanto prima oggetto di esame del Parlamento. Con questo provvedimento stiamo continuando a puntare sugli specializzandi e a credere nel reale contributo che questi possono garantire al Servizio sanitario nazionale. Infatti, con una specifica norma, abbiamo previsto l'innalzamento del monte ore che gli specializzandi possono dedicare ad incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, senza pregiudicare la formazione (10 ore settimanali), prevedendo tali misure a regime senza limiti temporali. Inoltre, al fine di contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti, abbiamo elaborato una proposta per consentire alle Regioni e agli enti del Servizio sanitario nazionale di conferire incarichi libero-professionali anche di collaborazione coordinata e continuativa.

Un ulteriore aspetto critico del settore di emergenza-urgenza, oltre alla carenza di personale, è quello relativo al sovraccollamento (*overcrowding*), e ai tempi di attesa. La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che sono relazionate secondo il modello *hub and spoke*. Queste strutture sono in grado di rispondere a necessità di intervento secondo livelli di capacità crescenti, in base alla loro complessità, alle competenze del personale e anche, ovviamente, alle risorse disponibili.

La rete viene articolata sui segmenti operativi, si rileva una numerosità per tipologia: gli ospedali sede di pronto soccorso del presidio ospedaliero in zone particolarmente disagiate sono 253; ospedali sede di DEA (Dipartimento d'emergenza e accettazione) di primo livello (*spoke*) 244; ospedali sede di DEA di secondo livello (*hub*) 100. L'attuale inefficienza di alcuni servizi del Pronto soccorso deriva da uno squilibrio tra la domanda di assistenza e le risorse strutturali disponibili. L'aumento della domanda, al netto degli accessi inappropriati, essendo il Pronto soccorso dedicato alle condizioni di emergenza-urgenza, è imputabile anche ai mutamenti epidemiologici. Tenete presente – lo sapete bene – che c'è un invecchiamento della popolazione e che, soprattutto nel nostro Paese, c'è un'augmentata prevalenza delle malattie croniche; i dati Istat, presentati prima dell'estate, testimoniano come l'Italia sia ritornata ad essere, dopo il Covid, la seconda Nazione più longeva al mondo dopo il Giappone.

Ci sono, però, anche soluzioni organizzative ancora immature (penso all'assistenza extra-ospedaliera), o talora veramente problematiche, come le liste d'attesa, oltre che dinamiche interne di servizi di emergenza-urgenza, consuetudini consolidate nell'utenza: sono tutti questi i fattori che si definiscono di *input*. D'altro canto, dal lato dell'offerta, rimane critica la definizione dei percorsi di presa in carico (fattori di *throughput*), dell'interfaccia su cui il pronto soccorso può contare, invece, in uscita. Penso all'osservazione della breve intensità (OBI), ai ricoveri e alle di-

missioni a strutture ambulatoriali (i cosiddetti fattori di *output*). Su tutto questo appare critica la disponibilità di posti letto e il *turnover* di questi ultimi per i pazienti destinati ad un ricovero dal pronto soccorso. L'attesa dei pazienti in pronto soccorso, il cosiddetto *boarding*, è la manifestazione più evidente delle criticità del pronto soccorso stesso. Ne è ampiamente studiata l'associazione negativa con esiti clinici e con misure di efficienza dei processi.

Nel 2019 il Ministero della salute aveva emanato tre linee di indirizzo: le linee di indirizzo nazionali sul *triage* intraospedaliero; le linee di indirizzo nazionali sull'osservazione a breve intensità (OBI); le linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, con l'obiettivo fondamentale di evitare ricoveri inappropriati, ridurre i tempi di attesa, aumentare la sicurezza delle dimissioni.

Per il *triage* sono stati introdotti i codici numerici da 1 (il più grave) a 5 per la definizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenze ad un tempo massimo di 240 minuti per le non urgenze e un tempo massimo di otto ore, dalla presa in carico in *triage* alla conclusione della prestazione del pronto soccorso.

Per l'OBI sono stati introdotti nuovi *standard* strutturali, tempi massimi per il sovraffollamento e azioni per ridurlo che contemplano il blocco dei ricoveri programmati e l'implementazione del *bed management* per la gestione della risorsa posto letto e governo delle fasi e interfacce di ricovero e dimissioni. Per l'anno 2022, i dati del flusso EMUR riportano più di 17 milioni di accessi in pronto soccorso, con il 12 per cento in codice bianco (attesa massima prevista di 240 minuti), 50 per cento in codice verde (120 minuti), 19 per cento in codice azzurro (60 minuti), 17 per cento in codice arancione (15 minuti), 2 per cento in codice rosso, non differibili e quindi a minuti zero. La stima degli accessi evitabili, considerando i codici bianchi e i codici verdi con dimissioni a domicilio, riporta una percentuale sul totale degli accessi al pronto soccorso superiori al 40 per cento. Il rispetto dei tempi su base regionale viene uniformemente garantito per il codice bianco o verde, al cui interno ricadono gli accessi evitabili, mentre per azzurro, arancione e rosso si assiste a una notevole variabilità, con spesso un mancato rispetto dei tempi massimi previsti.

La dimissione a domicilio rappresenta la quota preponderante degli esiti di tutti gli accessi e arriva a toccare oltre il 70 per cento dei casi; il ricovero in degenza raggiunge il 12 per cento del totale, mentre il ricorso all'OBI o alla dimissione a struttura ambulatoriale sconta delle importanti disomogeneità a livello regionale, così come, di pari passo, non è uniforme il recepimento da parte delle Regioni delle linee di indirizzo che abbiamo citato precedentemente.

Tra i punti critici in relazione ai fattori di ingresso, fattori interni e fattori di uscita, nella gestione degli accessi in urgenza all'assistenza ospedaliera, si evidenzia il coinvolgimento e la responsabilizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera nella gestione degli accessi evitabili, l'implementazione di modelli organizzativi e innovativi nella medicina e chi-

rurgia d'accettazione e d'urgenza e nelle discipline a supporto, il miglioramento dei processi di osservazione e ricovero da pronto soccorso, compreso l'efficientamento del *turnover* e la gestione delle dimissioni. Occorre tener presente, infatti, che il numero di accessi in pronto soccorso, che potrebbero essere evitati o almeno per cui è possibile trovare un'altra risposta, ammonta, come dicevamo prima, a circa il 40 per cento dei casi, anche se è doveroso dire che questo si sa alla fine della visita dei pazienti da parte del personale sanitario. Dobbiamo far sì che queste persone, almeno per questa percentuale, possano trovare assistenza presso la medicina territoriale e le sue strutture, che stiamo implementando con i fondi del PNRR.

L'ultimo tema oggetto di questa audizione è relativo agli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari, come avete visto con questa recente recrudescenza. Negli ultimi tempi è stato registrato un notevole incremento degli episodi di aggressione nei confronti dei professionisti sanitari e sociosanitari. Questo fenomeno concorre a rendere sempre più difficili, quasi insostenibili, le condizioni di lavoro di tanti operatori; spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro *caregiver*, i parenti, che si traducono in aggressioni fisiche e verbali di comportamento.

Proprio con l'obiettivo di contrastare questo fenomeno, il Governo, con il decreto-legge del 30 marzo 2023 n. 34, è intervenuto modificando il secondo comma dell'articolo 583-*quater* del codice penale, prevedendo una pena aggravata: la reclusione da due a cinque anni a carico di chiunque si macchi del delitto di lesioni personali ai danni degli esercenti una professione sanitaria o sociosanitaria, anche nel caso in cui non si tratti di lesioni gravi o gravissime. Nell'ambito della conversione in legge del suddetto decreto, inoltre, è stata prevista la possibilità da parte del questore di poter costituire posti fissi della Polizia di Stato presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, dotate di un reparto di emergenza-urgenza, in considerazione del bacino di utenza e del livello di rischio della struttura.

Da una ricognizione fatta in questi giorni dal ministro Piantedosi, risulta che nell'ultimo anno le strutture dotate di presidi di polizia sono passate da 120 a 196. È ancora in atto un ulteriore piano di incremento del numero di servizi di polizia. È chiaro però che, quando le aggressioni sono ad opera di quaranta persone, come purtroppo è accaduto nei recenti avvenimenti a Foggia o a Pescara, la presenza di un presidio con due o tre poliziotti non è, purtroppo, risolutiva del problema, anche se i poliziotti hanno evitato che gli operatori sanitari patissero conseguenze fisiche maggiori. Successivamente, con il decreto legislativo dello scorso 19 marzo, il Governo ha reso il reato di lesioni a danno del personale sanitario e sociosanitario procedibile d'ufficio, così da non far dipendere l'esercizio dell'azione penale dalla volontà della vittima di sporgere denuncia.

Giova ricordare che, con decreto ministeriale del 7 dicembre 2023, abbiamo integrato e dato nuovo impulso all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie (ON-

SEPS), che è stato istituito presso il Ministero della salute con la legge n. 113 del 2020. È uno strumento volto a scongiurare il verificarsi del fenomeno delle aggressioni degli operatori del settore e coinvolge tutti gli *stakeholder* di riferimento rappresentati dalle organizzazioni sindacali di categoria, gli ordini professionali, le Regioni, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari e regionali, i Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia, del lavoro e delle politiche sociali, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), nonché i rappresentanti delle organizzazioni di settore. Questo osservatorio sta lavorando intensamente, innanzitutto per assicurare un efficace monitoraggio degli episodi di violenza, non soltanto di quelli che si connotano per le conseguenze particolarmente gravi, e degli eventi sentinella degli errori in sanità, per fornire una reale dimensione di questo fenomeno, stimolando al contempo la cultura della segnalazione.

L'ONSEPS, inoltre, ha lavorato con i competenti uffici del Ministero per l'aggiornamento della raccomandazione ministeriale n. 8, emanata nel 2007, volta a prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; ha elaborato specifici documenti in materia di formazione e comunicazione, al fine di diffondere sempre di più le conoscenze utili alla prevenzione e alla gestione degli episodi di violenza, di aumentare la sensibilità dei cittadini rispetto alle condizioni di lavoro del personale sanitario e di proteggerlo dalle conseguenze di eventuali atti violenti. I risultati dell'indagine condotta dall'osservatorio, che ha coinvolto diverse strutture sanitarie sull'intero territorio italiano, sono stati riportati in un'apposita relazione, che è stata presentata lo scorso 11 marzo 2024 al Parlamento.

Gli obiettivi di sicurezza che sottendono i predetti interventi sono alla base delle ulteriori proposte normative volte a contrastare gli episodi di aggressione al personale sanitario che attualmente sono in fase di definizione. D'intesa con i Ministeri della giustizia e dell'interno, gli uffici del Ministero della salute sono impegnati nell'elaborazione di una norma che preveda l'arresto in flagranza di reato, anche differito, per coloro che si rendano responsabili di gravi atti di violenza nei confronti dei professionisti della sanità pubblica. Si tratta, in particolare, di un istituto già sperimentato in relazione a episodi di violenza negli stadi, che permette di procedere con l'arresto, anche nelle quarantotto ore successive alla condotta delittuosa, in caso di documentazione video-fotografica dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto.

Credo fermamente che l'arresto in flagranza di reato, anche differito, possa costituire un valido strumento di deterrenza per un efficace contrasto agli episodi di violenza a danno dei sanitari. Permettetemi di dire, però, che è anche e soprattutto un problema culturale. Non possiamo ignorare come nel tempo si sia degradato il rapporto medico-paziente; dobbiamo soprattutto agire a livello di formazione. È impensabile che chi indossa un camice bianco e si presta a curare una persona venga poi da questa aggredito, anche se solo verbalmente. La cosa ancora più grave, a

mio giudizio, è che nel 70 per cento dei casi gli operatori sanitari vittime di aggressioni sono donne.

Su questo ci siamo impegnati da subito e abbiamo ricevuto, con il sottosegretario Gemmato, tutti i rappresentanti degli ordini professionali e delle società di riferimento in campo sociosanitario. E proprio oggi, nel primo pomeriggio, finito il Consiglio dei ministri, abbiamo avuto a Palazzo Chigi una riunione con il sottosegretario Mantovano, con il ministro della giustizia Nordio e il ministro dell'interno Piantedosi, per arrivare rapidamente a una definizione del provvedimento che brevemente vi ho tracciato.

Inoltre, per garantire l'ordine e la sicurezza negli ospedali, stiamo vagliando la possibilità di prevedere misure appropriate per filtrare l'accesso dei visitatori e implementare il numero di videocamere di videosorveglianza disponibili.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per il suo intervento.

I temi all'ordine del giorno di questa audizione sono importanti e molto delicati. La relazione del Ministro è stata lunga ed esaustiva proprio in relazione ai temi trattati e questo purtroppo ci porta a dover stringere i tempi delle domande e della sua eventuale risposta. Sappiamo che il Ministro tornerà in audizione in conclusione dell'indagine sulla sanità integrativa. In quella o altra sede potremmo programmare una nuova interlocuzione sul tema odierno.

Quello che ci ha riferito il Ministro in relazione alle azioni poste in essere è importante sia sul versante dell'assistenza territoriale, sia sul versante dell'emergenza-urgenza, oltre che per affrontare la follia delle recenti aggressioni al personale sanitario.

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ricordo che le audizioni con il ministro Speranza venivano svolte secondo uno schema: l'illustrazione da parte del Ministro, il contingentamento dei tempi da assegnare ai Gruppi, l'acquisizione delle domande da parte del Ministro, che poi tornava per rispondere. Eravamo tutti d'accordo su questo. La ripropongo come ipotesi di lavoro, nell'amicizia che ci contraddistingue, per poter fare una sessione di domande. Si pone la domanda al Ministro che in seguito torna per rispondere ai quesiti posti.

PRESIDENTE. È quello che abbiamo fatto l'ultima volta.

CASTELLONE (*M5S*). Signor Presidente, signor Ministro, chiaramente quello che ha riferito è molto importante. Siamo in fase di elaborazione del disegno di legge di bilancio e l'obiettivo di questa Commissione – sicuramente anche del Ministero – è cercare di avere fondi nella prossima legge di bilancio per fare quello che ci ha appena detto.

Per quanto riguarda la riforma della medicina territoriale il punto è proprio quello che lei ha individuato: come ingaggiare meglio i medici di medicina generale e fare in modo che nelle case di comunità che si stanno co-

struendo – e speriamo che venga raggiunto il *target* del 100 per cento di obiettivi entro la scadenza del PNRR – poi ci vada il personale, che chiaramente non può che essere quello che già lavora sul territorio.

Per il pronto soccorso, l'indennità che è prevista è stata aggiunta in pandemia, però si dovrebbe fare uno sforzo aggiuntivo; davvero si dovrebbe pensare di raddoppiare, per esempio, l'indennità di specificità dei medici del pronto soccorso, o utilizzare uno strumento che già esiste nel contratto medico, che deve essere potenziato solo per quella categoria, perché è evidente che abbiamo un problema particolare che – mi permetta di dirlo – è molto più grave rispetto a quello degli altri Paesi europei o degli Stati Uniti.

Per quanto riguarda la sicurezza, effettivamente c'è una legge del 2019, il cui decreto attuativo è stato emanato da questo Governo, che prevede la procedibilità d'ufficio. Questo particolare era inserito in un emendamento proposto dalla sottoscritta; dunque sono molto d'accordo con la sua proposta di arresto differito, mentre sono più scettica sui presidi di polizia, perché abbiamo visto che, nonostante siano aumentati, sono aumentate anche le aggressioni, anche perché, a quanto ho capito, le Forze dell'ordine non hanno libertà di intervento.

Credo che uno sforzo grandissimo vada fatto soprattutto sulla sensibilizzazione e sull'informazione. La gente non sa che va in galera, che viene arrestata se aggredisce il personale del pronto soccorso. Non so come si debba fare questa campagna informativa, ad esempio con campagne comunicative o mettendo cartelli di divieto come si fa per il divieto di fumo nei pronto soccorso, ma credo che dobbiamo far conoscere le leggi esistenti, perché parlando con le persone, mi rendo conto che non sono informate.

L'ultimo spunto riguarda la programmazione, che manca ed è sempre mancata. Oggi abbiamo allineato il numero di medici che si laurea con quello dei medici che entrano in specializzazione. Lo abbiamo fatto chiudendo quell'imbuto formativo che si era creato e raddoppiando i posti previsti in specializzazione.

Con uno dei primi decreti di questo Governo, però, è stato cancellato l'unico strumento di programmazione che c'era, cioè la tecnostuttura a cavallo tra Agenas e Osservatorio scuole di specializzazione, che serviva per calcolare quali specialisti servono in base al fabbisogno di salute. Ci servono ancora così tanti pediatri e ginecologi, visto che non facciamo figli, o dobbiamo programmare più medici di pronto soccorso? Manca la programmazione. Prendiamo atto che la struttura esistente è stata abolita, ma non c'è allineamento tra Agenas e Ministero.

PRESIDENTE. Senatrice Castellone, la invito a concludere, sta rubando tempo agli altri.

CASTELLONE (M5S). Cosa si pensa di fare in termini di programmazione dopo aver cancellato quella norma?

PRESIDENTE. Questi sono commenti, non domande. La programmazione c'è: se si guardano le borse di quest'anno, si vede che c'è programmazione.

CASTELLONE (*M5S*). Non è una programmazione fatta come si dovrebbe tra osservatorio, scuole di specializzazione e Agenas. Vuole sapere come viene fatta, Presidente? In base al numero di primari che ci sono nei reparti.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Presidente, non credo che intervenire in Commissione significhi rubare tempo agli altri. Semmai il problema è programmare diversamente i lavori in modo da permetterci di intervenire.

PRESIDENTE. Senatrice Camusso, quando vincerà le elezioni e assumerà lei la Presidenza di questa Commissione, programmerà meglio i tempi.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Presidente, questa risposta non è accettabile. Ci sono delle regole che valgono per tutti, chiunque vinca le elezioni. Può semplicemente dire che ci sarà un altro appuntamento con il Ministro e si va avanti senza togliere la parola a chi sta parlando.

Si possono sempre risolvere i problemi se si ha voglia di risolverli davvero, altrimenti dovrò ripetere alcune cose che ho già detto nella seduta precedente, senza però avere risposte, a partire dalla questione relativa al rinnovo dei contratti, su cui non mi risulta esserci una buona situazione. Mi risulta anzi che le distanze siano molto significative. Quando si parla di condizioni di lavoro, se poi non intervengono il rinnovo del contratto, l'aumento delle retribuzioni e dei riconoscimenti professionali e anche un aggiustamento degli orari, di cui bisognerebbe cominciare a discutere, diventa difficile affrontare i problemi.

In secondo luogo, come in parte accennava anche la senatrice Castellone, siamo ormai prossimi alla sessione di bilancio. Dunque, mi aspettavo che il Ministro, oltre a indicarci cose importanti sulla sanità territoriale, sull'urgenza e quant'altro, ci comunicasse le sue intenzioni rispetto al disegno di legge di bilancio, perché se non cresce il finanziamento del Servizio sanitario ho la sensazione che non riusciremo a fare tutto quello di cui si è parlato.

Siccome non c'è molto tempo, augurandomi che ci sia un'altra occasione in cui potremo fare una discussione più approfondita, vorrei segnalare al Ministro che nella discussione che è in corso tra la 5^a e la 6^a Commissione sul nuovo disegno di legge « milleproroghe » (non so come chiamarlo, ma è un provvedimento che ha quelle caratteristiche) c'è un emendamento a prima firma della senatrice Lorenzin del Gruppo Partito Democratico sul tema videosorveglianza e flagranza di reato « posticipata », rispetto ai problemi di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Sarebbe un bel gesto se il Governo si interessasse non di annunciare progetti di legge, ma di assumere soluzioni che sono già proposte.

PRESIDENTE. Sarebbe un bel gesto, senatrice Camusso, anche ammettere che il primo atto di questo Governo, nella prima legge di bilancio approvata, sia stato rinnovare il contratto del personale medico, scaduto da tre anni.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Scaduto da due anni. Vorrei continuare a ricordare che se consideriamo solo i medici facciamo un disastro, perché si possono avere i medici, ma se non si hanno gli infermieri si è da punto a capo.

PRESIDENTE. Noi abbiamo rinnovato il contratto, scaduto da tre anni, nella prima legge di bilancio approvata da questo Governo. Sarebbe onesto ammettere che lo sforzo l'abbiamo fatto.

ZULLO (*FdI*). Signor Presidente, intanto ringrazio il Ministro e il sottosegretario Gemmato per la loro presenza. A loro rivolgo un plauso per il lavoro svolto.

Le mie domande sono le seguenti. Stiamo pubblicizzando poco il lavoro fatto. Io penso che si debba portare all'esterno tutta questa mole di lavoro che ha tenuto insieme una serie di problemi, ponendo rimedio a tante criticità che vengono da lontano, ma non vado nello specifico.

Va bene il discorso di tenere insieme il decreto ministeriale n. 70 del 2015 e il decreto ministeriale n. 77 del 2022. Mi auguro che si preveda un provvedimento unico e che dentro l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale si possa comprendere anche la prevenzione.

Per quanto riguarda le violenze e le aggressioni penso, signor Ministro, che di concerto con il Ministro del lavoro bisognerebbe implementare il decreto legislativo n. 81 del 2008 di un capitolo che porti i datori di lavoro a valutare anche questo rischio.

Per il resto, porgo il plauso del mio Gruppo per il lavoro svolto.

ZAMBITO (*PD-IDP*). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per l'ampia relazione, che ci ha fornito molte informazioni.

Anch'io volevo sottolineare l'importanza che ha il passaggio dell'approvazione della legge di bilancio per capire le risorse che saranno disponibili e per fare tutte le cose che il Ministro si propone di fare, *in primis* l'abbattimento del tetto per le assunzioni. In tal senso vedo dei problemi. L'ho detto anche in sede di discussione della legge di conversione del decreto-legge, cui ho presentato anche diversi emendamenti, anche perché il decreto-legge sulle liste d'attesa prevede un bel po' di ostacoli da superare prima di ottenere la possibilità, per le aziende ospedaliere e per le Regioni, di assumere il personale. Esso infatti prevede una prima identificazione del fabbisogno da parte del Ministero, attraverso un algoritmo; a tal proposito volevo sapere se è stato modificato, perché le Regioni avevano ampiamente messo in discussione le modalità di calcolo del fabbisogno ed erano stati riscontrati moltissimi problemi. Volevo quindi sapere a che punto fosse, perché ci sembra un punto importante.

Il decreto prevede quindi una prima ricognizione da parte del Governo con l'approvazione del fabbisogno individuato, poi le Regioni mandano le richieste ed è poi necessaria una nuova approvazione di tali richieste da parte del Ministero. Questi tre passaggi, signor Ministro, al netto del fatto che in Italia per emanare un decreto attuativo ci vogliono anche più di sei anni, quanto pensa che richiedano in termini di tempo? Soprattutto, quanto questo marchingegno così lungo è correlato al fatto che non ci sono abbastanza risorse, almeno per quanto ne sappiamo dalla NADEF, se non verranno apportati dei correttivi?

Vi è un ultimo aspetto che non è stato toccato dal Ministro, che però vorrei sottolineare: le Regioni stanno aspettando le linee guida per la somministrazione dei vaccini. Lei ha annunciato ieri che il Ministero le sta emanando. Vorrei sapere se si è occupato anche delle linee guida per la co-somministrazione dei vaccini anti-influenzali e anti-Covid.

PRESIDENTE. A proposito di assunzioni, ricordo che le Regioni non hanno ancora esaurito la capacità assunzionale del cosiddetto decreto Calabria.

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, signor Ministro, mi unisco agli apprezzamenti che da più parti sono stati espressi.

Mi preme e vorrei solo ricordare che i disegni di legge n. 224 sulla revisione dell'emergenza-urgenza e il disegno di legge n. 227 sul potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e per l'assistenza primaria, unitamente al recente disegno di legge n. 1153, vanno proprio nella direzione da lei auspicata, anche se hanno un'estensione tale per cui l'approccio organico è un po' più elaborato. Mi rendo conto che quanto ci ha rappresentato è un primo passo e che le risorse a disposizione sono talmente limitate che ci sarebbe già da gridare al miracolo.

È per questo, signor Ministro, che non le chiedo di più. Ma, come sa, dobbiamo anche ricordare che sono i miracoli che fanno i santi, non il contrario, e non vorrei un epilogo già visto, perché voglio ricordare che c'è chi duemila anni fa evidentemente ha avuto molto più che qualche problema, avendone fatti troppi. Orbene, è per questo che non le chiedo di andare oltre, ma di tenere da conto i nostri contributi, in modo che nell'arco temporale della legislatura si riesca almeno a mettere a terra l'*upgrading* sistemico della medicina territoriale, strettamente connesso con il superamento delle criticità dell'emergenza-urgenza, pronto soccorso *in primis*.

Infine, aggiungo una osservazione sulla prevenzione, che continua a non essere contrattualizzata. È facilmente comprensibile quanto poco abbia interesse a fare prevenzione un erogatore che ha nel *core* la produzione, anche se pubblico, senza che con altri parametri di remunerazione, di negoziazione, o almeno di valutazione, si abbia a disincentivare l'inappropriatezza prescrittiva ed erogativa e ad incentivare la sicurezza, la tempestività e la coerenza delle cure secondo l'effettivo bisogno, dovendosi dedurre i principi fondanti di queste che sono le nuove regole d'ingaggio,

in un aggiornamento normativo che, anche con l'autonomia differenziata, renda prioritaria la prevenzione, equivalente ad appropriatezza, con procedure di valutazione e di controllo che siano tali da garantire l'irrimandabile distinzione controllore-controllato. Una sua opinione al riguardo sarebbe assai gradita.

MAZZELLA (M5S). Signor Presidente, signor Ministro, la ringrazio per la sua relazione che trovo completa ed esaustiva su moltissimi argomenti.

Sarò telegrafico su tre punti: la prevenzione primaria è un argomento sul quale poco si batte in Italia e dovremmo ritornarci sopra anche col Ministero; le chiedo poi un interessamento reale su una mozione che abbiamo firmato tutti, quella sulla realizzazione dei decreti attuativi per le malattie rare che ancora giacciono negli uffici; il terzo punto è un ordine del giorno che abbiamo firmato tutti, relativamente al quale chiedo l'interessamento anche del Presidente e di tutti i commissari, sulla realizzazione delle *pancreas unit*. Sono tre elementi sui quali spero si possa realizzare un percorso al Ministero.

PRESIDENTE. Il Ministro ha preso nota delle domande. Appena sarà possibile tornerà per rispondere, o risponderà per iscritto. Lo ringrazio per la disponibilità.

Rinvio il seguito della procedura informativa in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,35.