



Ministero della Salute

UFFICIO LEGISLATIVO
UFFICIO RAPPORTI PARLAMENTO

COMMISSIONE 10^A SENATO DELLA REPUBBLICA

17 OTTOBRE 2023 – ORE 14,30

Comunicazioni del Ministro della salute sulle recenti evoluzioni relative alle tematiche afferenti al suo Dicastero, anche con riferimento allo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza e alla prossima manovra di bilancio

Ringrazio gli Onn.li Senatori per l'opportunità che mi viene offerta di fornire le più aggiornate informazioni sulle recenti evoluzioni relative alle tematiche afferenti al Dicastero di cui ho la responsabilità, anche con riferimento allo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza ed al Disegno di Legge di bilancio per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024 – 2026, approvato nella giornata di ieri dal Consiglio dei Ministri.

1. STATO ATTUAZIONE GENERALE PNRR MISSIONE 6 “SALUTE” E RELATIVA RIMODULAZIONE

Com'è noto il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** ha destinato alla **Missione 6 Salute** € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale, per sostenere riforme e investimenti fondamentali a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale, da realizzare entro il 2026. A tali risorse si aggiungono quelle messe in campo dall'Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (**PNC**), che destina alla salute ulteriori € 2,89 miliardi.

Gli interventi della **Component 1** (7 mld/€), infatti, sono basati sul rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Al contempo, le misure incluse nella **Component 2** (8,63 mld/€) consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il rafforzamento della ricerca scientifica e della formazione del personale sanitario.

Nel corso del 2023 la Missione 6 Salute è entrata nell'operatività di tutte le linee d'investimento e l'analisi sul conseguimento dei target italiani ed europei mostra che lo stato di attuazione procede per tutte le linee del programma M6 salute.

Data la complessità della M6 Salute e le profonde interrelazioni esistenti tra le misure, l'attività di gestione del coordinamento, monitoraggio, rendicontazione e controllo degli interventi è condotta **dall'Unità di Missione per il PNRR** di questo Ministero al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi, nell'ottica del potenziamento del SSN, rafforzandone la struttura tecnologica e digitale e allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti.

Il conseguimento degli obiettivi della Missione 6 passa per il raggiungimento di *milestone* e *target* (M&T) entro tempistiche prefissate, funzionali alla piena attuazione delle misure entro il 2026. Pertanto, pur comprendendo la rilevanza della natura "*performance based*" del PNRR, la Missione 6 Salute va considerata nella sua interezza tenendo conto dell'intero arco temporale del programma.

Il processo attuativo della Missione ha consentito di migliorare le procedure di selezione degli investimenti, introdurre meccanismi di accelerazione delle procedure di gara e contrarre i tempi per la definizione dei documenti di progettazione idonei a bandire le gare lavori. Ciò ha permesso di non registrare interruzioni, nonostante il profondo cambiamento del quadro economico che emerge in modo molto chiaro dalle vicende collegate alla grave crisi in cui ci troviamo: aumento dei prezzi, inflazione, difficoltà di reperire le materie prime, carenza di mano d'opera e ritardi nella catena degli approvvigionamenti.

Occorre pertanto sottolineare che tutte le *milestone* e i *target* europei previsti dalla Component 1 e dalla Component 2 della Missione 6 Salute sono stati conseguiti al 30 settembre 2023.

Gli ulteriori *target* nazionali previsti dal cronoprogramma, invece, rappresentano esclusivamente dei "punti di controllo", funzionali al monitoraggio delle attività in corso di attuazione e, qualora necessario, all'adozione di azioni correttive.

Occorre, tuttavia, sottolineare come **il contesto macroeconomico** attuale, nonché le problematiche burocratiche connesse all'attuazione di un programma di investimenti di portata epocale, ha richiesto un possibile aggiornamento della Missione 6. Tale aggiornamento è finalizzato a **superare** le criticità correlate da un lato all'aumento generalizzato del costo delle materie prime e dall'altro alla necessità di perseguire gli obiettivi orientati a garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari, la prossimità dell'assistenza (in particolare quella primaria), la presa in carico e la continuità assistenziale. La difficoltà di reperimento delle materie prime, **gli aumenti dei prezzi** dell'energia e dei materiali e il conseguente aggiornamento intervenuto sui prezziari regionali edili hanno comportato la necessità di gestire un fenomeno incidentale non previsto e dunque di rimodulare i quadri economici dei progetti, determinando un allungamento delle tempistiche nella produzione dei documenti di gara.

Stante quanto sin qui esposto, occorre sottolineare come il contesto attuale abbia di fatto comportato la difficoltà di realizzare con le sole risorse PNRR il programma degli investimenti a suo tempo previsto, con riguardo sia alle opere pubbliche (casa di comunità, ospedali di comunità, ospedali sicuri e sostenibili) sia ai progetti di transizione digitale (sostituzione grandi apparecchiature, digitalizzazione dei DEA, telemedicina), rendendo

necessario sfruttare appieno tutte le altre risorse messe a disposizione (ex. art. 20 DL 67/88, FOI, risorse aggiuntive regionali, etc.).

Al fine, dunque, di garantire il perseguimento degli obiettivi, sono state proposte alcune modifiche, ad **invarianza di risorse e senza attuare modifiche ai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)**, per rendere i target quantitativi coerenti al nuovo contesto economico e le tempistiche compatibili con il pieno conseguimento dei risultati.

Si riportano pertanto di seguito le proposte di modifica in fase ancora di verifica con gli Uffici della Commissione Europea e pertanto da ritenere ancora non definitivi.

Con riferimento alla Component 1, si prevede:

- la riprogrammazione del *target* europeo delle **Case di Comunità (CdC)** da **1350 a 1038** interventi, dovuto a: (i) aumento medio del costo dei materiali di costruzione (stimato in un +30%); (ii) ritardi dovuti alla necessità di reperire finanziamenti addizionali;
- la riprogrammazione del *target* europeo delle **Centrali Operative Territoriali (COT)** da **600 a 480** interventi, dovuto all'aumento medio del costo dei materiali di costruzione (stimato in un +25%) e a una riprogrammazione della scadenza del *target* dal **T2 2024 al T4 2024** per consentire il completamento delle operazioni, concernenti sia le COT collocate in edifici esistenti sia quelle per le quali si prevede la realizzazione *ex novo*, che risultano momentaneamente allestite presso sedi provvisorie;
- la riprogrammazione del *target* europeo degli **Ospedali di Comunità (OdC)** da **400 a 307**, dovuto all'aumento medio del costo dei materiali di costruzione (stimato in un +30%).

Con riferimento alla Component 2, si prevede:

- la riprogrammazione del termine del *target* europeo **M6C2-6** ("*Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie*") da **T4 2024 al T2 2026**, in considerazione dei ritardi causati dagli aumenti dei costi che incidono sui lavori per l'adeguamento dei locali per l'installazione delle grandi apparecchiature e dei ritardi da parte dei fornitori nel rispetto delle tempistiche di fornitura. Le economie di gara e di progetto nonché le risorse del fondo ex art.20 l. 67/88, programmate all'interno dei Contratti Istituzionali di Sviluppo, saranno destinate all'introduzione di apparecchiature innovative e all'adeguamento dei gruppi operatori e acquisto di robot chirurgici.
- la riprogrammazione del *target* europeo **M6C2-8** ("*Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e IP)*"), attraverso la previsione di una modifica del meccanismo di verifica attraverso l'inclusione di **strumenti contrattuali ulteriori** rispetto a quelli rendicontati con la *milestone* di fine dicembre, e il ricorso a Mepa/SDAPA per acquisti ancillari e progetti innovativi di logistica del farmaco.

- la modifica semantica della descrizione del target **M6C2-11** (*“I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico”*) e **M6C2-13** (*“Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico”*), per ricomprendere anche i documenti nativi digitali previsti dal nuovo DM FSE e dalle successive integrazioni, escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi.
- la riprogrammazione del target europeo **M6C2-10** (*“Completamento di almeno 109 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere al fine di allinearle alle norme antisismiche”*) da **109 a 84**, dovuto all'aumento medio del costo dei materiali di costruzione (stimato in un +30%).

Come noto, tuttavia, il Governo in adempimento della risoluzione approvata dal Parlamento il 1° agosto scorso ha provveduto ad inviare la proposta di revisione del PNRR, comprensiva del capitolo REPowerEU, alla Commissione europea e ad avviare le prime interlocuzioni in ordine alle modalità e ai termini per l'attuazione dei successivi adempimenti. La proposta di revisione del PNRR riguarda 144 misure di investimento e di riforma; si compone sia di modifiche formali, mirate ad agevolare la rendicontazione di obiettivi e traguardi, che di modifiche sostanziali, dovute al mutato contesto internazionale, che ha determinato ostacoli oggettivi al raggiungimento di obiettivi e traguardi. Inoltre, si prevede la riallocazione delle risorse verso impieghi più efficienti, che conducano lo spostamento di alcune misure del PNRR ad altre forme di finanziamento. Faccio presente, comunque, che la proposta di revisione e aggiornamento per la missione 6 salute non modifica la dotazione finanziaria complessiva. In realtà la revisione mira a rafforzare l'ambizione della missione, attraverso un uso più efficace ed efficiente delle risorse destinate all'edilizia sanitaria dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, anche al fine di coprire l'incremento dei costi registrato, stimato in circa il 30 per cento. Considerato, infatti, che, a fronte di uno stanziamento pari a 24 miliardi di euro per gli adempimenti correlati all'edilizia sanitaria, risultano programmati solo 14 miliardi circa, la proposta mira ad accelerare l'impiego delle risorse per garantire tutti gli impegni assunti dal nostro Paese con il PNRR.

L'impiego di queste risorse nell'ambito del PNRR assicura, inoltre, la realizzazione di tutti i progetti previsti, che, senza questo intervento, rischiavano di non essere realizzati per l'incremento dei costi. La proposta di revisione prevede l'utilizzo delle economie registrate nell'ambito della componente 2 innovazione, ricerca, digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale per nuovi interventi che mirano a rafforzare la dotazione tecnologica delle strutture sanitarie. Preciso al riguardo che, per garantire la copertura dei quadri economici dei progetti candidati a valere sul PNRR e di competenza del Ministero della salute, la proposta prevede una rimodulazione dei target realizzativi sulle linee di intervento PNRR per controbilanciare l'effetto derivato dall'aumento dei costi dovuti all'innalzamento dei prezzi regionali, all'inflazione, impiegando fondi alternativi quali quelli correlati agli accordi di programma stipulati con le Regioni dagli interventi previsti dall'articolo 20 ed eventuali risorse derivate da fondi per le politiche di coesione.

Comunque, nelle more della finalizzazione delle proposte di rinegoziazione del PNRR, gli uffici preposti garantiscono le attività relative alle istanze per l'ottenimento delle risorse aggiuntive dal cosiddetto fondo opere indifferibili per gli anni 2022-2023, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei materiali da costruzione negli appalti pubblici, nonché le attività di presidio e vigilanza delle realizzazioni, istruendo le richieste di modifica e integrazione del finanziamento PNRR dei progetti con risorse derivanti dal bilancio dei soggetti attuatori.

Concludo segnalando che dal puntuale monitoraggio semestrale condotto da Agenas, allo stato non si rileva alcuna ragionevole preoccupazione riguardo al rischio che la costruzione ed attivazione delle case ed ospedali di comunità previsti dal PNRR possano non essere completate entro la data stabilita del 30 giugno 2026, come da target sulla missione 6.

1.1. STATO DI ATTUAZIONE DI DETTAGLIO DEGLI INVESTIMENTI

Le attività di monitoraggio in corso al terzo trimestre 2023 rilevano, in via generale, la coerente attuazione delle misure di investimento all'interno delle scadenze previste da *milestone e target italiani e comunitari*. Colgo l'occasione per ripercorrere i progressi registrati nelle varie linee di investimento, cominciando da quelle relative alle opere di edilizia sanitaria. Al riguardo, per **le Case della Comunità e presa in carico della persona**, a fronte dei 1.385 progetti idonei censiti, il 65% (876) dispone di contratti sottoscritti con gli Operatori economici per la realizzazione di opere, servizi e forniture.

Nella successiva linea d'investimento (Casa come primo luogo di cura), relativamente alle **600 Centrali operative territoriali (COT)** programmate, si rilevano in totale 602 progetti idonei, di cui l'88% (528) ha sottoscritto i contratti per la realizzazione delle opere, servizi, forniture.

Per la piena attuazione degli investimenti sono altresì in corso di realizzazione da parte delle regioni e province autonome gli interventi **COT – Interconnessione aziendale e Device** apparecchiature ad alta complessità tecnologica, atte ad abilitare il funzionamento delle Centrali Operative Territoriali e garantire una gestione integrata delle comunicazioni tra le Centrali operative territoriali e i numeri 116 e 117.

Per gli investimenti gestiti da Agenas in qualità di soggetto attuatore (**COT – Progetto pilota di Intelligenza Artificiale e COT – Portale della trasparenza**), per il primo è in corso la procedura di dialogo competitivo per la realizzazione del Progetto di Intelligenza Artificiale e nel rispetto del decalogo per la realizzazione di servizi sanitari a livello nazionale del Garante Privacy, l'Agenzia sta lavorando alla predisposizione delle basi giuridiche dell'utilizzo dei dati nell'ambito della Piattaforma.

Per il secondo investimento, che ha l'obiettivo di delineare un unico punto di riferimento *online* per fornire al cittadino informazioni di facile accesso in ambito sanitario, assicurando anche l'integrazione tra le differenti fonti già esistenti: nazionali, regionali e locali, dal 1° agosto, è stata resa disponibile sul server di sviluppo la prima versione integrata del Portale, dotato di una nuova architettura (D6.1), che sarà migrata sul Polo Strategico Nazionale (PSN) messo a disposizione dal DTD.

Infine, sempre con riguardo all'investimento **Casa come primo luogo di cura (ADI)**, tutte le Regioni hanno provveduto all'adozione di uno specifico Piano Operativo si rileva una percentuale pari al 66% (193.891) del numero incrementale degli assistiti rispetto al *target* previsto, programmato al T1 2024.

Per quanto riguarda l'investimento **Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici**, Agenas ha ricevuto da PNT ITALIA s.r.l. la "Progettazione Esecutiva e costi di realizzazione del Nodo Estrattore di Telemedicina (NET)" e, al fine di avviare le procedure di gara atte alla selezione dei progetti regionali di telemedicina, ha stipulato con le Regioni Lombardia e Puglia (Regioni capofila) apposite convenzioni, firmate nel maggio 2023. In sede di Conferenza Stato-Regioni è stato dato il via libera al decreto che prevede una prima ripartizione alle Regioni dei 750 milioni previsti per la Telemedicina, di cui 50 andranno ad Agenas in qualità di soggetto attuatore.

Per l'investimento **Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**, si rilevano in totale 424 progetti idonei per gli Ospedali di Comunità e 423 CIG e si ritengono sostanzialmente conseguiti i Target nazionali. Alla data del 12 ottobre 2023 la sottoscrizione dei contratti con gli Operatori economici è al 63% (251) (lavori; lavori e servizi per appalto integrato; servizi e forniture per capitolato oneri per opere di manutenzione). Anche tali dati saranno consolidati al 20 ottobre 2023.

Passando all'investimento **Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)**, in attesa che i dati vengano consolidati, si rileva un importo totale pari ad euro 486.414.491,71€ per ordini effettuati a valere sulle convenzioni e gli accordi quadro Consip, distinti per modalità di adesione (Appalto specifico – Ordine d'acquisto).

Per l'investimento **Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)** risultano effettuati l'81% (2.531) degli ordini di grandi apparecchiature, acquisite sia tramite procedura centralizzata Consip sia attraverso gare autonome. Di queste 1.122 risultano consegnate e 1.044 collaudate alla data del 15 settembre 2023, ma il dato potrebbe crescere a seguito del monitoraggio previsto per il prossimo 20 ottobre.

L'investimento **Verso un ospedale sicuro e sostenibile** prevedeva entro il primo trimestre 2023 la pubblicazione delle procedure di gara per gli interventi di antisismica: tale scadenza è stata conseguita entro i termini stabiliti.

Per quanto riguarda l'investimento **Repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly**, la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD), in data 27 giugno 2022, ha stipulato con il Ministero della Salute, la Società Generale d'Informatica (SOGEI S.p.A) e Agenas, una Convenzione per l'affidamento delle attività di realizzazione e gestione dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS).

Per l'investimento **Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni**, si ricorda che il D.L. 27 gennaio 2022 disegna la nuova architettura dati (c.d. Ecosistema Dati Sanitari), da

estendere a tutto il territorio nazionale, e crea una nuova *governance*, istituendo la Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale. È stato pubblicato nella GU il decreto 18 maggio 2022 recante “Integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del Fascicolo sanitario elettronico” e, dopo aver ricevuto anche il parere positivo della Conferenza Stato Regioni, è attesa la prossima pubblicazione del Decreto concernente il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Per quanto concerne l’investimento **Rafforzamento infrastrutture e strumenti di Data Analysis del MdS**, dal mese di giugno 2023 sono stati resi operativi e a pieno regime gli strumenti messi a punto nei mesi precedenti ed è stato adottato un approccio di miglioramento continuo del sistema di *reporting*. Sono state create delle *task force* per accelerare il lavoro sul sistema GAF (Sistema di Gestione e Accoglienza Flussi) e sono state portate avanti le attività per l’avvio in esercizio del sistema Dispositivi Medici su Misura (DMSM) sulla base del decreto 9 giugno 2023.

Avendo riguardo all’investimento relativo all’**Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi nazionali**, sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 223 del 23 settembre 2023, a seguito delle sottoscrizioni avvenute in data 7 agosto 2023, i decreti concernenti il Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza riabilitativa (SIAR) e il Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF). Si attende invece la prossima pubblicazione per il decreto concernente l’istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare (SIAD).

L’investimento **Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN** si rileva la stipula di convenzioni, progetti di ricerca, che mirano sia a potenziare la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e la ricerca sulle patologie croniche altamente invalidanti, sia a favorire il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.

Da ultimo, l’investimento **Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario si compone di varie linee:**

- a) **per la sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale**, sono state bandite e assegnate le borse aggiuntive per i primi due cicli formativi per il corso di formazione in medicina generale (2021-2024 e 2022-2025), realizzando in tal modo il raggiungimento del target europeo;
- b) **per la sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere** è in corso il completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere, che ha come obiettivo la formazione di oltre 290.000 unità di personale;
- c) **per la sub-misura: corso di formazione manageriale** è in corso il “completamento della procedura d’iscrizione ai corsi di formazione manageriale”, mentre Agenas ha in svolgimento la prima edizione del corso pilota, per il quale Le Regioni hanno individuato i propri partecipanti;
- d) **Per la sub-misura: contratti di formazione specialistica in medicina** sono state assegnate agli Atenei le risorse economiche per finanziare ulteriori 4.200 contratti di

formazione medico-specialistica per un ciclo completo di studi (5 anni). Il prossimo target, che rappresenta il traguardo finale, è previsto entro T2 2026 ed è relativo al numero di contratti di formazione medico-specialistica effettivamente finanziati.

2. LA MANOVRA DI BILANCIO 2024 – 2026

Posso dire con orgoglio, riprendendo le dichiarazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri, che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard che si raggiungerà nel prossimo triennio – 134,1 miliardi nel 2024, 135,39 miliardi nel 2025 e quasi 136 miliardi nel 2026 – rappresenta il più alto investimento mai previsto nella sanità pubblica.

In un periodo, come quello attuale, caratterizzato da scarsità di risorse cui attingere e da crisi internazionali e situazioni economico-sociali flagellate dall'aumento dei prezzi sull'onda dell'inflazione e dell'aumento dei costi energetici, il Governo di cui faccio parte ha ritenuto di sommamente tutelare il diritto costituzionale alla salute garantito dall'art. 32 della nostra Costituzione, stanziando per il prossimo anno, in aggiunta all'incremento di 2,3 miliardi già previsto dalla precedente legge di bilancio, un ulteriore incremento di ben 3 miliardi, per un totale incrementale nell'anno di 5,3 miliardi. Per il 2025, in aggiunta ai 2,6 miliardi di incremento già stanziati, sono stati previsti altri 4 miliardi, per un totale incrementale nell'anno di 6,6 miliardi. Altri 4,2 miliardi sono stati stanziati per il 2026 in aggiunta ai 2,6 già previsti, per un totale incrementale nell'anno di 6,8 miliardi.

Sarebbero dunque questi i tagli alla sanità pubblica?

Devo a questo proposito ribadire quanto già più volte sottolineato in numerosi interventi riguardo all'uso distorto e strumentale dell'incidenza percentuale sul PIL della spesa sanitaria. E' questo un indicatore ambiguo, perché sostanziosamente in un rapporto, dipende anche dall'andamento del PIL stesso. Infatti quando si parla della necessità di portare la percentuale del finanziamento corrente sopra il 7% del PIL, come accaduto nel 2020, occorre anche tenere conto che in quell'anno il Prodotto interno lordo nazionale era crollato di oltre 6 punti percentuali, salvo poi risalire con vigore negli anni successivi che, di conseguenza, hanno visto diminuire l'incidenza del finanziamento corrente.

In termini di valore assoluto, il finanziamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard ha vissuto stagioni – non troppo lontane – di valori negativi, in cui il Fondo nazionale è stato effettivamente tagliato o definanziato. Ho in precedenza avuto modo di evidenziare come il Fondo abbia visto incrementi annui in valore percentuale negativo del -0,89% nel 2013 (Governo Monti), del -0,19% nel 2015 (Governo Renzi), e appena lo 0,73% nel 2018 (Governi Gentiloni e Conte) e lo 0,94% nel 2019 (Governo Conte).

Di contro, il Disegno di legge di bilancio approvato ieri ha previsto un incremento assolutamente inedito del FSN, nonostante le oggettive difficoltà economiche in cui versa il Paese.

Scendendo nel dettaglio delle misure, voglio sottolinearne alcune particolarmente significative:

1) un incremento record, per circa 2,4 miliardi, delle risorse a valere sul Fondo Sanitario nazionale destinate per il rinnovo dei contratti 2022-2024 del personale del comparto e della rispettiva area del Servizio sanitario nazionale, anche al fine di valorizzare la specificità medico veterinaria, quella del personale dirigenziale sanitario, anche di nuova istituzione, e del personale sanitario del comparto, secondo specifiche indicazioni individuate nell'atto di indirizzo;

2) l'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e infermieristico operante nelle Aziende e negli Enti del SSN: la norma proposta, al fine di affrontare la carenza di personale medico e del comparto, di ridurre le liste d'attesa e l'utilizzo delle esternalizzazioni, estende a tutto il predetto personale operante presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario nazionale, le disposizioni di cui di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 (c.d. Decreto Bollette) che consentono l'incremento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza urgenza ospedalieri.

Per effetto della norma proposta, pertanto, nel triennio 2024 - 2026, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario nazionale, possono ricorrere al predetto incremento per tutte le prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale per il personale medico e del comparto sanitario, consentendo, in deroga alla contrattazione stessa, un aumento della relativa tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e a 60 euro lordi onnicomprensivi per il personale infermieristico e del comparto, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. A tal fine per tutti e tre gli anni 2024, 2025 e 2026 viene autorizzata una spesa complessiva di 280 milioni di euro valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato che è conseguentemente incrementato di pari importo.

3) ulteriori misure per il rifinanziamento dei piani operativi per l'abbattimento delle liste d'attesa: la norma estende anche per l'anno 2024 la possibilità per le regioni e le province autonome di utilizzare una quota fino allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato (circa 520 milioni) al fine di dare completa attuazione al Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, coinvolgendo, altresì, le strutture private accreditate.

4) Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati: la proposta mira ad adeguare il tetto posto dalla normativa vigente (decreto-legge 6 luglio 2012, articolo 15, comma 14) all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato agli incrementi degli oneri previsti per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale derivanti dall'approvazione dei nuovi LEA. L'incremento tariffario rischierebbe di ridurre l'erogazione di prestazioni da parte delle strutture private a accreditate per non valicare i limiti di spesa assegnati. La disposizione proposta appare necessaria al fine di consentire alle regioni e province autonome di adeguare i vigenti tetti di spesa per le prestazioni acquistate da erogatori privati accreditati, in seguito all'aggiornamento delle tariffe massime di cui sopra. Ciò permetterà ai sistemi sanitari regionali e delle province autonome di poter garantire a tutta la popolazione nazionale i nuovi LEA anche ricorrendo al

privato accreditato qualora non fosse possibile soddisfare i bisogni assistenziali, modificati anche a seguito delle nuove prestazioni introdotte, con le strutture pubbliche. La dimensione dell'incremento (3 per cento pari a 360 milioni di euro) è rapportata all'impatto del provvedimento ministeriale sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale già descritto (380,7 milioni di euro).

5) in tema di spesa farmaceutica: una prima proposta normativa prevede la rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. La proposta, fermo restando il valore complessivo del tetto di spesa al 15,30 per cento, consentirà di liberare spazi attualmente sottoposti al *payback* farmaceutico. Una seconda proposta, davvero rivoluzionaria, mira ad incrementare i livelli di assistenza di prossimità consentendo alle farmacie convenzionate col Servizio sanitario nazionale di dispensare farmaci fino ad oggi reperibili solo presso le farmacie ospedaliere, al primario scopo di favorire la dispensazione capillare del farmaco a favore della collettività attraverso la rete delle farmacie di comunità.

Sul presupposto, quindi, di assicurare su tutto il territorio nazionale un'assistenza farmaceutica omogenea, accessibile e finanziariamente sostenibile, in grado di favorire gli assistiti nell'accesso al farmaco in termini di prossimità, la proposta normativa stabilisce che entro e non oltre il 30 marzo 2024 e, successivamente, con cadenza annuale, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) provvede ad aggiornare, sentita la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, il prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) individuando l'elenco vincolante di medicinali che per le loro caratteristiche farmacologiche possono transitare dal regime di classificazione A-PHT di cui alla Determina AIFA 29 ottobre 2004 e successive modificazioni e integrazioni, alla classe A di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 23 dicembre 1993, n. 537, nonché l'elenco vincolante dei medicinali del PHT non coperti da brevetto che possono essere assegnati alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico.

Per assicurare una dispensazione di prossimità del farmaco a vantaggio della cittadinanza e operare nei termini sopra, garantendo la sostenibilità economica e finanziaria del complessivo riordino dei canali di distribuzione del farmaco e rispettando il tetto della spesa farmaceutica in rapporto al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, la proposta stabilisce inoltre un nuovo modello di remunerazione a favore delle farmacie per la dispensazione del farmaco in regime di SSN, dando finalmente attuazione a quanto a suo tempo disposto dall'articolo 15, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Intendo, infine, fornire alcune precisazioni tese a superare errate interpretazioni riguardanti una proposta, formulata d'iniziativa del Ministro dell'economia e delle finanze, riguardante l'adeguamento del contributo volontario (già previsto) al Servizio sanitario nazionale per i cittadini stranieri residenti in Italia con permesso di soggiorno non aventi diritto all'iscrizione

al SSN. Tale disciplina è già contenuta nell'articolo 34, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286: la disposizione viene aggiornata prevedendo che i residenti stranieri, cittadini di Paesi non aderenti all'Unione europea, qualora non abbiano diritto all'iscrizione, possano iscriversi volontariamente negli elenchi degli aventi diritto alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale versando un contributo di 2.000,00 euro annui.

La stessa disposizione modifica l'articolo 34, comma 5, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, prevedendo una disciplina di favore per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o per quelli collocati alla pari. Infatti, gli studenti stranieri possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale versando un contributo pari a 700, 00 euro annui, mentre gli stranieri collocati alla pari possono iscriversi versando un contributo di 1.200, 00 euro annui.

Infine si prevede che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi annualmente, possono essere adeguati, anche tenendo conto della variazione dell'indice di prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, gli importi minimi del contributo ordinario e quelli ridotti per l'iscrizione dei cittadini stranieri al Servizio Sanitario Nazionale.

6) disegni di legge collegati alla manovra: alla manovra di bilancio sono stati, tra l'altro, su mia iniziativa, inseriti nell'elenco dei disegni di legge contenuti nella Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (NADEF) i seguenti:

1. Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e dell'assistenza ospedaliera;
2. Delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della salute.

Ritengo siano obiettivi davvero ambiziosi e sfidanti – sia per l'ampiezza delle materie, sia per i tempi contenuti (da chiudere tutto entro l'anno prossimo) - che richiedono necessariamente, il coinvolgimento ed il proficuo apporto da parte delle Commissioni parlamentari competenti.

Voglio concludere rilevando che la nuova manovra di bilancio assicura al settore sanitario pubblico risorse nel complesso importanti, ma saluto con favore ogni iniziativa parlamentare finalizzata ad individuare ulteriori fonti di finanziamento del SSN quale, ad esempio, quella sostenuta dal Presidente di codesta onorevole Commissione che ha preso corpo nell'ordine del giorno n. G/797/12/6 (testo 3) - approvato, in relazione all'AS 797, oggi legge 9 agosto 2023, n. 111, di delega al Governo per la riforma fiscale - che individua nell'ambito della futura attuazione della delega “per il riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici”, di cui all'articolo 15 della legge citata, un possibile incremento derivante dall'aumento dei canoni di concessione per il gioco *on line*. In particolare, il Governo ha apprezzato l'impegno proposto e l'ha accolto nella sede della sesta Commissione Finanze del Senato a firma del Presidente Zaffini. Impegno questo che permetterà al Governo di analizzare nelle sedi opportune le modalità di attuazione della delega citata, evitando il tira e molla Governo-Parlamento che vede, troppo spesso, proposte di testi, riportanti maggior finanziamenti, scollegate dal contesto normativo esistente e, quindi, di difficile realizzazione. Al contrario, la proposta del presidente Zaffini è da collocarsi all'interno di un atto “collegato”

alla manovra di bilancio principalmente tramite nuove disposizioni volte al contrasto delle “forme di gioco online, attuato mediante utilizzo di criptovalute, ovvero di altre forme di pagamento non contemplate nei circuiti di controllo esistenti.” Ovvero transazioni - ed eventuali vincite - che oggi sfuggono completamente al controllo dello Stato e, conseguentemente, lo danneggiano due volte: la prima, tramite la perdita dell'imposizione; la seconda con effetti ancor più nefasti ed oscuri sulle ludopatie.