



# *Ministero della Salute*

## **AUDIZIONE DELL'ON. SIG. MINISTRO SULLE LINEE PROGRAMMATICHE**

XII Commissione Affari Sociali della Camera Deputati e 12 ° Commissione Igiene e sanità del Senato

24 ottobre 2019, ore 8.00

Presso l'Aula della 10° Commissione, terzo piano

Palazzo Carpegna – Senato -

Gentile Presidente e Vice Presidente,

desidero innanzitutto ringraziare Voi e i componenti di queste Commissioni per l'opportunità di poter illustrare le strategie e le linee di azione che caratterizzeranno il mio mandato governativo, e posso rassicurarVi che farò tesoro degli esiti del dibattito parlamentare che seguirà alla presente comunicazione; anticipo, infatti, sin d'ora che è mia ferma intenzione fare in modo che tutta l'attività del mio mandato possa giovare del confronto costante con il Parlamento e, in particolare, con le Commissioni oggi qui riunite.

In via generale osservo che ciascun punto programmatico non può che ricollegarsi alla centralità del diritto alla salute nel vigente quadro costituzionale e che l'art. 32, come noto, annovera tra i diritti fondamentali: in diretta attuazione di questo articolo è stato realizzato il servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza ed equità, ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei più avanzati in Europa.

Quel sistema ha da poco compiuto i 40 anni ma i principi ispiratori di quella riforma sono di perdurante attualità: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Neppure la riforma costituzionale del 2001 ne ha messo in discussione l'impianto affidando al governo centrale, nel dialogo con le Regioni, proprio la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni in cui si declina il principio di uguaglianza nell'accesso alle cure.

La garanzia dei LEA attua il principio di uguaglianza nella sua accezione sostanziale che, ai sensi dell'art. 3, comma 2, Cost. impegna la Repubblica, nella totalità dei suoi attori istituzionali, a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono l'accesso alle cure in condizioni di parità tra cittadini.

Si tratta di ostacoli spesso di ordine economico legati ai costi del sistema di compartecipazione alle spese delle prestazioni sanitarie, di regola indifferente alla condizione reddituale dei singoli o dei nuclei familiari ma anche di quelli legati alle inefficienze del sistema allorché non sono assicurate prestazioni adeguate dal punto di vista quantitativo e qualitativo o comunque al passo con la rapida evoluzione scientifica.

E' compito fondamentale del Ministero della salute vigilare sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, punto centrale del mandato costituzionale alla tutela del diritto fondamentale della salute. Questa missione, nel nuovo contesto dello Stato policentrico, richiede la realizzazione e l'implementazione di strumenti valutativi sempre più efficaci nel rilevare le possibili disomogeneità e le eventuali disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione, delle caratteristiche orografiche dei territori, del grado di sviluppo dei diversi sistemi regionali e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

Gli strumenti di rilevazione registrano ancora differenze consistenti legate alla diversità dell'evoluzione dei diversi servizi regionali. Non tutte le Regioni sono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio. Del resto, anche i dati economici rilevati mostrano una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza, tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, superando disuguaglianze sociali e territoriali.

In questo contesto, particolare attenzione sarà riservata alle Regioni in piano di rientro e, tra queste, in modo particolare alla Regione Calabria, dove le numerose criticità rilevate hanno reso necessario il commissariamento del SSR con misure particolarmente penetranti.

Il tema del superamento delle disuguaglianze del sistema e quello del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali e territoriali rappresentano la sfida e l'asse prioritario della programmazione sanitaria nazionale e, in generale, del mio mandato.

Da questa urgenza, aggravata dalla crisi finanziaria, muove l'iniziativa che ho avviato sin dal mio insediamento, finalizzata all'abolizione del c.d. "superticket".

E' notizia della scorsa settimana, l'inserimento nel ddl Bilancio per il 2020 di una norma finalizzata ad abolire, dal prossimo 1 settembre 2020, la quota fissa di 10 euro per ricetta, per prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sottolineo che si tratta di una misura a regime e quindi di una riforma strutturale del sistema sanitario, in forza della quale nessun cittadino dovrà più pagare questa quota aggiuntiva di ticket per accedere alle cure.

E' mia ferma intenzione avviare ogni ulteriore iniziativa e promuovere ogni misura necessaria a rimuovere gli ostacoli che hanno progressivamente limitato il principio di universalità e di parità nell'accesso alle cure mediche.

La scarsità di risorse rispetto ad un fabbisogno di cura e di assistenza crescente, in ragione dell'invecchiamento della popolazione, e lo stesso vincolo di pareggio del bilancio, impongono un deciso sforzo corale nel rendere la spesa sanitaria sempre più produttiva e nel combattere gli sprechi ma non possono comportare una limitazione del diritto alla salute, pur finanziariamente condizionato, oltre quel nucleo irriducibile di tutela, presidiato dal super principio della intangibilità della dignità umana garantito dall'art. 2 della Costituzione, in linea con i più recenti orientamenti della stessa Corte costituzionale sul tema dei diritti fondamentali.

La tutela della salute è infatti un presidio di salvaguardia della dignità della persona in tutte le fasi della sua esistenza, dalla nascita sino alla morte, secondo principi di comune acquisizione anche nel diritto internazionale e convenzionale, alla cui coerenza, la mia azione di governo non intende sottrarsi: mi riferisco in particolare all'art. 11 della Carta sociale europea, all'art. 168 del TFUE, e al programma "Health 2020" adottato dai 53 Stati Membri della Regione europea dell'OMS durante la sessione del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa, nel settembre 2012.

Pertanto le risorse destinate alla sanità non possono essere considerate semplici spese quanto piuttosto un vero e proprio investimento per migliorare la qualità della vita delle persone; in questa prospettiva non può che essere salutata con favore la previsione per il 2020 di uno stanziamento integrativo di 2 miliardi di euro in favore del Fondo sanitario nazionale, ulteriormente incrementato di 1,5 miliardi per l'anno successivo, come pure il finanziamento aggiuntivo di 2 miliardi previsto per l'edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico del SSN.

In questa cornice riveste un ruolo centrale il dialogo con le Regioni alle quali il nuovo titolo V della Costituzione riconosce una competenza legislativa di tipo concorrente e che sono responsabili della programmazione sanitaria e della gestione delle risorse in sede locale, in quanto enti territoriali di governo più prossimi ai soggetti bisognosi di cura, secondo il nuovo paradigma di allocazione delle responsabilità di governo espresso dal principio della c.d. sussidiarietà verticale.

Nel nuovo disegno policentrico delle competenze in materia sanitaria il coordinamento tra il centro e le periferie è assicurato, a livello politico, dal Patto per la Salute, un accordo istituzionale di natura finanziaria e programmatica tra il Governo e le Regioni, rinnovato ogni tre anni con la finalità di migliorare la qualità dei servizi.

Da quando mi sono insediato, al fine di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, assicurando l'unitarietà del sistema, ho assunto tra le priorità del mio mandato la celere conclusione del percorso di confronto avviato con le Regioni finalizzato alla sottoscrizione del Patto per la salute per gli anni 2019/2022.

Fra le maggiori novità del nuovo accordo segnalo: il nuovo sistema di garanzia dei LEA; la nuova disciplina dei Piani di rientro e del commissariamento delle regioni; le reti nazionali di assistenza e la nuova disciplina delle liste d'attesa; la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario; l'interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale; la promozione della ricerca in ambito sanitario; il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi; la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

Naturalmente il governo della sanità non può prescindere dalla offerta di prestazioni sanitarie erogate dagli operatori privati - imprese, fondazioni ed enti del volontariato - che cooperano in chiave di sussidiarietà orizzontale per soddisfare la domanda complessiva di cura e di assistenza; tuttavia le diverse finalità (lucro, volontariato, mutualità) che muovono i soggetti privati ad operare nell'ambito del SSN devono sempre collocarsi all'interno della potestà di programmazione regionale, nel rigoroso rispetto degli standard organizzativi di qualità e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Sarà mia premura assicurare che le sinergie tra offerta pubblica e privata di cura ed assistenza avvenga sempre ponendo al centro i bisogni del malato attraverso un uso responsabile delle risorse finanziarie che, in quanto limitate, devono essere sempre necessariamente finalizzate al soddisfacimento di bisogni reali ed effettivi, assicurando al contempo la massima produttività della spesa.

In conclusione, l'obiettivo del mio mandato governativo, in stretta collaborazione con il sistema delle autonomie regionali, è quello di "garantire" a tutti i cittadini e a tutti gli uomini, le donne e i minori, bisognosi di cure mediche, un accesso effettivo alle prestazioni sanitarie, secondo standard qualitativi e quantitativi adeguati dal punto di vista strutturale, tecnologico e delle risorse umane disponibili. Il diritto alla salute impone di assicurare a tutti l'accesso alle cure sanitarie essenziali per garantire a ciascuno una esistenza libera e dignitosa. La copertura sanitaria universale cui tende il nostro sistema non può giustificare la mancanza di cure adeguate ai cittadini perché poveri, o in ragione del luogo di residenza, o perché, di fatto, comunque impossibilitati ad accedere ai servizi sanitari.

In occasione della recente partecipazione al G20 tenutosi in Giappone sui temi della salute, ho potuto personalmente constatare la grande considerazione di cui gode il nostro servizio sanitario nazionale a livello globale, per la qualità delle prestazioni erogate e degli standard di tutela assicurati nel rispetto del menzionato principio di universalità nell'accesso alle cure.

E' nostro compito promuovere a livello internazionale questo sistema che è parte importante del patrimonio nazionale.

Al contempo dobbiamo aiutare tutti gli italiani a maturare una piena consapevolezza del valore di questo patrimonio, capace di garantire a tutti qualità nelle cure e nell'assistenza ed una crescente aspettativa di vita.

Dopo aver svolto le considerazioni di carattere generale, passo ora ad illustrare le attività che nello specifico intendo porre in essere.

## 1. LA CENTRALITA' DEL CAPITALE UMANO DI FRONTE ALLE NUOVE SFIDE DEL SSN.

- Il mondo sanitario costituisce un sistema estremamente complesso che risente di una molteplicità di variabili, in continuo mutamento per numerosi fattori, quali il rapido sviluppo di conoscenze scientifiche e della tecnologia, una domanda sanitaria sempre più spostata verso la cronicità, il manifestarsi nel tempo di emergenze individuali e collettive. Per dare una risposta efficace a queste sfide, un ruolo fondamentale è svolto dal capitale umano rappresentato dagli operatori e dalle professioni sanitarie che concorrono in vario modo ad assicurare cure ed assistenza.
- Al fine di poter fronteggiare le nuove sfide, è necessario assicurare la disponibilità di adeguate risorse finanziarie, intervenendo sui vincoli assunzionali al fine di renderli maggiormente flessibili, aiutando le Regioni a far fronte alle contingenti esigenze delle proprie reti assistenziali mediante strumenti di governo del personale idonei a fronteggiare con tempestività la molteplicità di esigenze connesse alla prestazione di cure, anche superando le condizioni di precarietà. Sul tema sono allo studio una serie di misure.
- Occorre inoltre garantire l'incremento dei contratti statali di formazione medica specialistica. Tale indirizzo oltre a contribuire alla soluzione della annosa problematica del c.d. imbuto formativo, concorrerà ad affrontare il grave problema della carenza di personale medico, aggravato dalla c.d. gobba pensionistica e cioè dal rilevante esodo che si registrerà nei prossimi anni in conseguenza del pensionamento di un rilevante numero di medici specializzati attualmente in servizio.
- Sarà inoltre necessario garantire un'adeguata valorizzazione degli specializzandi all'interno delle reti assistenziali, anche al fine di facilitarne il successivo inserimento lavorativo, riducendo così i rischi di "dispersione" dopo il conseguimento della specializzazione.
- Al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute, connessi all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle cronicità, occorrerà poi portare a compimento la riforma della assistenza territoriale, già avviata, anche attraverso la definizione di un nuovo **ruolo del medico di medicina generale**. In tale ottica sarà necessario assicurare innanzitutto una revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali intervenuti nel tempo, al fine di ridisegnare un percorso di formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di

requisiti formativi quali-quantitativi, indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza.

- E' altresì fondamentale investire nella formazione continua del personale medico e di tutti gli operatori sanitari per fronteggiare in modo adeguato le continue sfide poste dalla evoluzione tecnologica, dagli sviluppi della ricerca scientifica e dai nuovi protocolli di prevenzione, cura ed assistenza.
- Inoltre per far fronte alle nuove sfide che il SSN è chiamato ad affrontare, in particolare per la gestione della cronicità e dell'emergenza, occorrerà proseguire nella riflessione sul potenziamento di modelli multiprofessionali e multidisciplinari nei quali trovi adeguato spazio la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, che, come molte esperienze avviate con successo sul territorio nazionale hanno dimostrato, assicurano nuove sinergie tra le professioni, a tutto vantaggio del SSN e soprattutto dei cittadini.
- La grave tematica posta, con sempre più frequenza, all'attenzione dell'opinione pubblica riguardante gli atti di **violenza in danno degli esercenti le professioni sanitarie**, mi induce ad assumere con determinazione ogni iniziativa utile all'adozione delle imprescindibili misure idonee ad arginare un fenomeno che reca allarme sociale e che ingiustamente colpisce quanti operano con generosità ed abnegazione per assicurare la continuità assistenziale in ogni condizione, spesso disagiata, di tempo e di luogo. Gli esercenti le professioni sanitarie, nel corso della loro attività lavorativa, subiscono atti di violenza, che possono consistere in aggressioni e persino in omicidi, spesso in danno delle donne, la cui presenza nel mondo delle professioni sanitarie è significativamente aumentata nel tempo. Il fattore di rischio più ricorrente all'origine di tali atti di violenza è rappresentato dal rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura tra l'operatore sanitario ed il paziente che si trova a vivere momenti spesso drammatici in uno stato di vulnerabilità o di frustrazione che coinvolge anche i familiari presenti. Colgo, pertanto, questa occasione per sollecitare vivamente la collaborazione di tutti i presenti al fine di garantire la rapida approvazione del disegno di legge a voi noto, allo stato all'esame della competente commissione della Camera dei deputati, e già licenziato in prima lettura dal Senato, il quale prevede disposizioni per prevenire e sanzionare questi atti di violenza che ormai, con frequenza preoccupante, mettono in serio pericolo l'incolumità fisica di quanti si prendono cura dei nostri ammalati. In definitiva siamo chiamati "a prenderci cura di chi si prende cura di noi"!

## **2. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.**

In relazione alle attività di programmazione sanitaria, il Ministero della salute intende intervenire:

### **Lea.**

- nell'ambito dei LEA, al fine di riequilibrare l'offerta sanitaria sul territorio, garantendo ai cittadini l'adeguata e uniforme erogazione delle prestazioni da parte dei sistemi regionali. A tal fine verrà inoltre riorganizzato il funzionamento della Commissione anche attraverso la costituzione di sottogruppi operativi in relazione ai singoli livelli di assistenza disciplinati dal dPCM 12 gennaio 2017.
- mediante la realizzazione di un modello statistico predittivo dello stato di salute della popolazione italiana e del conseguente fabbisogno di risorse del SSN, su scenari tendenziali di medio e lungo termine che tengano conto della evoluzione demografica ed epidemiologica in atto, a supporto delle scelte di politica sanitaria.
- la qualità del sistema di cura prevede, la piena attuazione del D.M. n. 70/2015 che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. E', pertanto, oltremodo necessario continuare nell'attività di monitoraggio delle azioni intraprese dalle Regioni per il riassetto strutturale e la riqualificazione della rete dell'assistenza ospedaliera attraverso un'analisi puntuale degli interventi realizzati per il raggiungimento degli obiettivi (es. riallineamenti delle configurazioni, riconduzioni delle eccedenze etc.).
- Proseguiranno le attività correlate all'istituto tavolo di aggiornamento del Piano Nazionale delle Malattie Rare (MR) in collaborazione con tutti i portatori d'interesse coinvolti.
- Sarà costituito un tavolo di lavoro inter istituzionale, con la partecipazione delle Regioni e degli altri *stakeholders*, individuati anche in base alle indicazioni fornite dal nuovo Patto per la Salute, con lo scopo di individuare standard condivisi afferenti l'area dei servizi territoriali. Analogamente a quanto già fatto per il riordino della rete ospedaliera con il DM 70/2015, si vuole costruire un percorso condiviso di riqualificazione dell'assistenza socio sanitaria territoriale che, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole regioni, consenta di perseguire l'uniformità della presa in carico globale della persona e della continuità assistenziale.



- Proseguirà l'attività della Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), volta al perseguimento degli obiettivi specifici indicati nel DM di istituzione.
- In tema di Liste di attesa saranno avviate e condotte una serie di iniziative scaturite dall'Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019 sul vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), in relazione al quale si provvederà a rilevare le eventuali criticità incontrate nell'applicazione e a monitorare i "percorsi di tutela" e la piena efficienza dei sistemi CUP.

### **Sviluppo e applicazione del sistema di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.**

- A seguito del completamento degli audit sperimentali effettuati negli anni 2018-2019, verrà effettuato un approfondimento delle situazioni critiche e si realizzeranno nuovi audit presso le Regioni di tipo specifico, finalizzati a valutare l'attuazione di alcuni criteri di particolare rilevanza, tra i quali il criterio sulla sicurezza delle cure e quello sull'umanizzazione. Un focus particolare sarà dedicato allo sviluppo del sistema in settori specifici, quali quello dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle cure domiciliari, dell'accreditamento delle reti di cure palliative e dell'accreditamento delle reti di terapia del dolore. In quest'ambito si proseguirà il confronto in sede di Conferenza Stato-Regioni dei relativi documenti di proposta, volti a garantire una qualità uniforme nei percorsi di cura in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale. Inoltre sarà effettuata una ricognizione di attività efficaci per le cure palliative e la terapia del dolore nell'area pediatrica.
- La sicurezza e qualità delle cure è peraltro tema prioritario in ambito dell'Unione Europea (UE) e, a tal fine, si adotteranno azioni volte al miglioramento delle relazioni con gli stakeholder interessati, in particolare la Commissione Europea e le Associazioni dei cittadini. Un obiettivo strategico per il 2020 sarà l'inserimento delle attività del Punto di contatto nazionale nell'ambito dello Sportello Digitale Unico europeo, che si sta realizzando in attuazione del Regolamento 1724/18 nell'ambito del piano di azione nazionale coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

## **Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (SiVeAS).**

- Il Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Si tratta di un sistema interistituzionale, che si concretizza nella funzione di raccordo tra le varie competenze, già affidate dalle norme vigenti alle istituzioni ed organismi esistenti. In tale ambito, a seguito della conclusione della fase sperimentale diventerà operativo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che introdurrà una nuova metodologia per il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in tutte le Regioni italiane. Il NSG, basato su due livelli di indicatori (*set* esteso descrittivo e un sottoinsieme valutativo) sostituirà l'attuale Griglia LEA, che tuttavia rimarrà ancora per il monitoraggio dell'anno 2018 e 2019.

## **Riparto delle risorse per la copertura dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario e Sistema di partecipazione al costo delle prestazioni da parte de cittadini.**

- L'allocazione delle risorse effettuata sulla base dei vigenti criteri sta determinando situazioni molto variabili da regione a regione. Se le regioni più virtuose sono riuscite ad organizzare i propri servizi sanitari in maniera efficiente, rendendo così sostenibile la spesa sanitaria in relazione al livello di finanziamento loro assegnato, le regioni meno virtuose, invece, assicurano la sostenibilità della spesa sanitaria in relazione al finanziamento loro assegnato, anche per via di una inadeguatezza nella piena riorganizzazione di tutti i diversi *setting* assistenziali e, solo in parte, attraverso azioni volte all'efficientamento del sistema. Si ritiene pertanto necessario un approfondimento su una possibile diversa allocazione delle risorse. A tal fine, nell'ambito dell'attività di supporto al SiVeAS, sarà necessario definire una metodologia per la revisione del sistema di ripartizione regionale del finanziamento del SSN basata su dati di bisogno sanitario della popolazione e la definizione di strumenti per la rideterminazione del fabbisogno sanitario regionale standard. Va ricordato, peraltro, che una revisione dei criteri di pesatura si impone anche al fine di dare compiuta applicazione alle vigenti disposizioni, oltre che per consentire di addivenire ad una corretta individuazione dei fabbisogni regionali in sede di riparto senza più dover ricorrere, come detto in precedenza, all'introduzione nell'ordinamento di norme apposite che consentano deroghe alla normativa vigente. In considerazione di quanto sopra, pertanto, nel 2020 il Ministero della Salute dovrà proseguire le attività finalizzate alla revisione, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e con gli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, dei criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN. Sarebbe opportuno rivedere anche i criteri di qualità, appropriatezza ed

efficienza utilizzati per la selezione delle regioni benchmark (che prelude alla costruzione della proposta di riparto).

- Continueranno le attività per la conclusione dell'Accordo Stato-Regioni per le linee progettuali sugli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale tenendo conto in particolare della necessità di continuare ad investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e non autosufficienza, dell'umanizzazione delle cure e delle reti oncologiche, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore.
- Nel 2020 ci si concentrerà sul lavoro di revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) da parte dei cittadini che, a parità di entrate, valuterà l'ipotesi di una redistribuzione del peso della partecipazione in funzione del reddito familiare equivalente. Il sistema della partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni necessita di un intervento di razionalizzazione, soprattutto nelle aree in cui la disciplina in vigore è palesemente insufficiente o iniqua (ad esempio con riguardo alle famiglie numerose e con redditi bassi). Ciò al fine di migliorare l'equità del sistema e ridisegnare la partecipazione alla spesa sanitaria e le esenzioni attribuendo un peso determinante al fattore "condizione economica" del nucleo familiare.
- Per quanto concerne la rilevazione puntuale sistematica dei costi delle prestazioni ospedaliere, specialistica ambulatoriale e protesica questa si colloca in un più **ampio processo di aggiornamento continuo delle tariffe** promosso dalla Commissione Permanente per l'Aggiornamento delle Tariffe - istituita ai sensi dell'articolo 9 del Patto salute 2014-2016, sul quale è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) - che coordinerà l'intero processo, tenendo anche conto dell'esito dei lavori della Commissione LEA sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita ai sensi dell'articolo 1, comma 556 della legge 208/2015. Occorrerà realizzare un sistema di analisi dei costi delle prestazioni ospedaliere (acuti e post acuti), specialistica ambulatoriale e delle protesi / ortesi su misura che consenta un monitoraggio continuo degli stessi e supporti l'aggiornamento sistematico delle tariffe, anche attraverso una sperimentazione della metodologia utilizzata in alcune strutture oggetto del campione e la validazione esterna per supportare l'aggiornamento sistematico delle tariffe. Questi obiettivi risultano rilevanti per verificare la coerenza tra tariffe ed effettivo costo delle prestazioni ed evitare la generazione di incentivi o disincentivi economici impropri.

- Il Ministero della salute è impegnato, altresì, nella predisposizione e attuazione del progetto Italia Car T Cells teso ad individuare le officine farmaceutiche, nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate, in grado di produrre le terapie geniche (CAR T Cells). Le modalità di concreta realizzazione delle officine farmaceutiche verranno individuate con decreto ministeriale, previa Intesa della Conferenza Stato-Regioni. A tale fine, è in corso il confronto con le regioni per individuare le strutture ospedaliere dove allocare gli investimenti per la realizzazione delle officine farmaceutiche, avendo cura di garantire un'equa distribuzione territoriale.

### **Programmazione degli investimenti e ammodernamento tecnologico del Servizio sanitario nazionale.**

- Proseguirà il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsto dall'art. 20, della legge 11 marzo 1988, n. 67, finalizzato alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali nonostante l'esiguità delle risorse economiche residue. Una recente ricognizione effettuata ha rilevato un fabbisogno di interventi infrastrutturali in materia di edilizia sanitaria per un importo complessivo pari a circa 32 miliardi di euro. Tale importo è comprensivo di oltre 12 miliardi di euro per l'adeguamento antisismico (solo per le zone I e II) e di circa 3 miliardi di euro per l'osservanza delle norme antincendio. A questi vanno aggiunti i circa 1,5 miliardi necessari per un adeguato ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei servizi sanitari regionali.

### **Mobilità sanitaria regionale, internazionale, assistenza sanitaria transfrontaliera e valorizzazione dei centri di eccellenza italiani.**

- Da ultimo, proseguirà l'attività relativa al contenimento della mobilità sanitaria, distinguendo nell'ambito dei flussi di mobilità sanitaria, tra la componente fisiologica e quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente.

Altro obiettivo è quello di scoraggiare il ricorso a pratiche inappropriate o a comportamenti opportunistici da parte degli erogatori che agiscono fuori dalla competenza regionale.

E' importante sviluppare con i paesi dell'Unione Europea (UE) ed extra UE accordi che favoriscano l'aumento del numero di pazienti stranieri solventi che intendono fruire delle eccellenze offerte dal nostro sistema sanitario nazionale, al fine di rafforzarne il posizionamento nei *network* scientifici internazionali attraverso strumenti che consentano di far conoscere e promuovere la qualità e l'attrattiva delle strutture sanitarie italiane, facendo rete con il sistema di attrazione turistica.

### **3. LA POLITICA SANITARIA IN MATERIA DI PREVENZIONE**

- Tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle *policies* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme. Particolare attenzione sarà riservata all'educazione sanitaria nei diversi ambiti ove essa può essere attuata.

Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Fermo questo presupposto, intendo potenziare l'azione del Ministero in una serie di ambiti che ritengo di particolare interesse.

- **La lotta ai cambiamenti climatici pilastro della tutela della salute.**

Le linee programmatiche di una moderna politica in tema di salute e ambiente non possono prescindere da quanto sottoscritto nella Dichiarazione di Ostrava, nella Sesta Conferenza Interministeriale Ambiente e Salute (OMS 2017), la quale indica i seguenti punti cruciali su cui sviluppare, per i prossimi anni, una strategia integrata tra aspetti di impatto sanitario e ambientale:

- il degrado ambientale;
  - l'inquinamento *indoor* e *outdoor*;
  - il cambiamento climatico;
  - l'esposizione *indoor* e *outdoor* a prodotti chimici pericolosi;
  - la qualità e sicurezza delle acque potabili;
  - i siti contaminati, i rifiuti e la destabilizzazione degli ecosistemi che aggravano le diseguaglianze sociali;
  - la necessità di sviluppare azioni di sistema, intersettoriali, che mettano al centro la prevenzione, ponendo la massima attenzione ai settori più svantaggiati;
  - l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe.
- Il benessere delle popolazioni è strettamente legato altresì a tutti gli obiettivi di sviluppo sostenibile **dell'Agenda 2030** (*Sustainable Development Goals*, anche noto con l'acronimo SDGs). Anche le competenze in ambito sanitario, se condotte promuovendo tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente e una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal

punto di vista ambientale, possono contribuire a un decisivo miglioramento ambientale.

- **Il cambiamento climatico** rappresenta una grave minaccia per la salute globale e una grande sfida per il 21° secolo. Gli scenari prevedono un disequilibrio degli ecosistemi con un aumento dell'intensità dei rischi per la salute legati a disastri, eventi estremi, disponibilità idrica, sicurezza alimentare e cambiamenti nella comparsa e diffusione di malattie di origine infettiva. L'OMS stima oltre 250mila decessi annui in più nel mondo a causa del cambiamento climatico per il periodo 2030-2050.

Inoltre, mi impegnerò per:

- Rinnovare la *Task Force* Ambiente e Salute;
- Riprendere i lavori dell'Osservatorio epidemiologico su Taranto;
- Contribuire ai lavori del Protocollo d'Intesa sui roghi tossici nella Terra dei Fuochi;
- Rafforzare la sorveglianza e lo studio delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

- **Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.**

La sicurezza negli ambienti di lavoro è stata sempre una mia priorità anche come parlamentare, non è un caso se ho presentato una proposta di legge in tal senso – AC 1266, in materia di prevenzione e infortuni sul lavoro. Adesso, però, affronto la materia come Ministro della salute, e segnalo come prioritario quanto sia importante estendere la cultura della prevenzione sui luoghi di lavoro, perché c'è un ritardo enorme in Italia rispetto agli altri Stati europei; sono consapevole che la tematica rientra anche nelle competenze del Ministero del lavoro, ma sono altrettanto convinto che con un'azione sinergica tra i due dicasteri si possano raggiungere risultati finalizzati a orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia dell'attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali relativamente ai lavoratori, iscritti e non iscritti agli enti assicurativi pubblici, definire la programmazione annuale in ordine ai settori prioritari di intervento dell'azione di vigilanza, i piani di attività e i progetti operativi a livello nazionale, tenendo conto delle indicazioni provenienti dai comitati regionali di coordinamento e dai programmi di azione individuati in sede comunitaria; garantire lo scambio di informazioni tra i soggetti istituzionali al fine di promuovere l'uniformità dell'applicazione della normativa vigente; individuare le priorità della ricerca in tema di prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori. Anche a tal fine, è stato istituito un Tavolo di lavoro con il compito di predisporre un documento di indirizzo in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, finalizzato a favorire la trasferibilità e replicabilità di un modello di intervento presso le Pubbliche Amministrazioni (PA) e altri Enti.

- **Vaccini.**

La prevenzione vaccinale è un pilastro della prevenzione, come riconosciuto a livello internazionale, contesto nel quale l'Italia ha assunto anche importanti impegni, come ad esempio il finanziamento delle iniziative a favore della *GAVI Alliance* (l'Alleanza Mondiale per Vaccini e Immunizzazione). Il Ministero della salute, pertanto, conferma l'impegno a proseguire un attento e continuo monitoraggio sull'adesione all'obbligo vaccinale; conferma, altresì, la disponibilità a interagire con le iniziative di natura parlamentare in corso sul tema "vaccini".

- **Monitoraggio ed implementazione Piano Nazionale contro Antimicrobico Resistenza (PNCAR).**

A novembre 2018 sono stati pubblicati i risultati dell'ultimo sondaggio, condotto, dalla Commissione Europea nei 28 Stati membri dell'UE per monitorare i livelli di utilizzo e conoscenza degli antibiotici tra il pubblico. Dall'indagine, emergono dati preoccupanti per il nostro Paese che confermano la ridotta conoscenza della problematica da parte della popolazione.

Il fenomeno dell'AMR deve essere considerato sia dal punto di vista della salute umana sia dal punto di vista della salute e del benessere degli animali, irrevocabilmente e strettamente interconnesso. Pertanto, è necessario un approccio "*One Health*", ovvero uno sforzo congiunto di più discipline professionali (medicina umana e veterinaria, settore agroalimentare, ambiente, ricerca e comunicazione, economia, e altre) che operano, a livello locale, nazionale e globale, con uno scopo comune.

Tra le misure allo studio in questi giorni v'è anche quella del reperimento delle risorse finanziarie necessarie a dare pronta attuazione a livello regionale alle iniziative necessaria a contrastare questa emergenza.

Le azioni che intendo promuovere sono orientate in tre direzioni contemporaneamente:

- prevenire e ridurre le infezioni, soprattutto quelle correlate all'assistenza sanitaria;
- promuovere e garantire un uso prudente degli antimicrobici;
- ridurre al minimo l'incidenza e la diffusione dell'antimicrobico-resistenza e i rischi per la salute umana ed animale ad essa correlati.

- **Salute mentale.**

Quanto alla tutela della salute mentale, sono a conoscenza che proprio in questi giorni la XII Commissione affari sociali sta discutendo la Risoluzione dedicata alla salute mentale; da parte del Governo, colgo l'occasione anche di questa audizione per confermare il sostegno in ordine alle attività finalizzate al Monitoraggio e implementazione Piano Nazionale Salute Mentale, nonché ad ogni iniziativa finalizzata in generale alla tutela della salute mentale.

- **Il settore trasfusionale e quello dei trapianti.**

Sono settori di particolare complessità oltre che strategici per il SSN; rappresentano obiettivi di salute a valenza nazionale il cui raggiungimento però è fortemente condizionato dalla disomogeneità organizzativa a livello regionale. In un contesto caratterizzato da una forte variabilità interregionale e dalla frammentazione dei servizi a causa delle risorse limitate, ritengo necessario:

- rafforzare la *governance* regionale, attraverso la definizione della Rete di medicina trasfusionale, con l'individuazione del modello organizzativo (*hub & spoke*) che consenta la efficiente ed efficace gestione della rete (Accordo Stato Regioni che recepisce il documento sulla Rete di medicina trasfusionale, prodotto da Agenas, Ministero, CNS Regioni);
- promuovere la sostenibilità e, allo stesso tempo, la qualità del Sistema trasfusionale con azioni di centralizzazione delle attività che meglio rispondono ai requisiti normativi nazionale ed europei;
- implementare le attività di raccolta del sangue e del plasma, ai fini dell'autosufficienza di medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma nazionale; sostenere interventi di razionalizzazione e sostenibilità delle attività di trapianto, mediante interventi per il miglioramento della Rete dei trapianti, nell'ottica di incentivare i Programmi regionali di trapianto e incremento delle attività di donazione (riduzione liste di attesa).

Altre importanti iniziative per le quali va confermato l'impegno del Ministero della salute sono le seguenti:

- Monitoraggio e implementazione delle attività di cui alla legge n. 134 del 2015 in materia di sostegno ai soggetti affetti da **Autismo**, mediante la Cabina di regia.
- Monitoraggio delle attività dell'Osservatorio Nazionale **Disturbo da gioco d'azzardo** (presidente il DG) che si avvale di fondi *ex lege* di stabilità 2016 e successive integrazioni.
- Monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale **Demenze**.
- Monitoraggio ed implementazione Piano Nazionale contro **HIV-AIDS** (PNAIDS).
  
- **Contrasto al tabagismo.**

Il consumo di tabacco è ancora oggi la più grande minaccia per la salute e il primo fattore di rischio delle malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale. Ritengo urgente, pertanto, rafforzare le azioni di contrasto al tabagismo, anche in considerazione della comparsa sul mercato di nuovi prodotti (dalle sigarette



elettroniche ai prodotti del tabacco di nuova generazione senza combustione) e delle emergenti evidenze sui loro possibili effetti dannosi per la salute.

- **Prevenzione delle malattie croniche cardio-cerebro vascolari e respiratorie.**

Le malattie cardio-cerebro vascolari e le malattie respiratorie croniche rappresentano in Italia rispettivamente la prima e la terza causa di morte e sono particolarmente rilevanti per il peso epidemiologico e per la loro ricaduta su tutti i livelli e strati del sistema sanitario e sociale in termini di sofferenze, disabilità e costi diretti e indiretti. La strategia Italiana per la prevenzione ed il contrasto di tali patologie si avvale oltre che del Piano Nazionale della Prevenzione e del Piano Nazionale Cronicità anche di Alleanze nazionali, su base volontaria, tra Ministero della salute e i principali *stakeholders*, quali società scientifiche ed associazioni dei pazienti, Medici di medicina generale e pediatri. Nel maggio 2017 è stata costituita “l’Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari”, firmata da più di trenta Federazioni/Società/Associazioni di pazienti. Obiettivo di tali Alleanze è migliorare gli interventi di prevenzione, assistenza e controllo delle malattie cardio-cerebrovascolari, in coerenza con le strategie e i piani nazionali, attraverso il confronto permanente tra tutti i principali *stakeholders*.

- **Quanto alla tutela e promozione della salute della donna**, con particolare riferimento al benessere riproduttivo, assistenza nel percorso nascita, approccio alla salute “*life course*” fino alla menopausa e alla senescenza, saranno confermate le seguenti linee di azione:
  - a) Migliorare i protocolli operativi integrati territorio-ospedale, anche al fine di rendere appropriata e di qualità la cura delle patologie cronico degenerative della donna in menopausa.
  - b) Condividendo e verificando, con i Referenti Regionali del tavolo Tecnico per la piena applicazione della L.194/1978, i dati riferiti all’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG).
  - c) Prevenzione dei maggiori fattori di rischio e rafforzamento dei fattori di protezione nei primi 1000 giorni di vita, dal concepimento ai due anni di età, in linea con le più recenti evidenze scientifiche per il raggiungimento di risultati di salute positivi a breve, medio e lungo termine.
  - d) Avvio delle attività del Comitato Nazionale per l’Assistenza pediatrica e adolescenziale (DM 12 marzo 2019) che contribuirà a sostenere le opportune azioni di coordinamento e verifica finalizzate al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale.

- e) Screening neonatale esteso (SNE): definizione del protocollo operativo per la presa in carico del paziente positivo allo screening neonatale e dell'accesso alle terapie e per la revisione della lista delle patologie da ricercare attraverso lo screening neonatale, in collaborazione con gli *stakeholders*.
  - f) Implementazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, adottato con DM 13 giugno 2019, tenendo conto della necessità di interventi preventivi e assistenziali, che pongano attenzione all'influenza sulla salute delle variabili sesso e genere.
  - g) Prevenzione della violenza di genere e contrasto all'abuso sui minori, mediante interventi di formazione a distanza (FAD), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, degli operatori dei Pronto Soccorso (PS) in tutte le Regioni italiane, al fine di favorire la piena implementazione delle Linee Guida nazionali in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne che subiscono violenza (DPCM 24 novembre 2017).
- Quanto ai campi elettromagnetici a radiofrequenza (RF) utilizzati dalla tecnologia per telecomunicazioni **5G** (reti di quinta generazione), di prossima introduzione e già in sperimentazione in alcune aree del territorio nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità fa presente che non esistono al momento evidenze scientifiche che permettano di identificare effetti potenzialmente pericolosi per la salute umana. Resta ferma l'attenzione che il Ministero della salute dedica alla questione in esame; pertanto, sarà garantito un costante monitoraggio sui dati epidemiologici, non appena disponibili.

#### **4. RICERCA SANITARIA**

- La ricerca sanitaria è parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale poiché è fondamentale per garantire ai cittadini in chiave evolutiva e dinamica una sanità capace di rispondere in modo efficace e sostenibile ai bisogni sempre mutevoli di assistenza e di cura. I risultati raggiunti con l'attività di ricerca sanitaria si traducono in miglioramenti concreti dell'assistenza sanitaria, dei servizi e della loro organizzazione determinando miglioramenti concreti nella qualità di vita della popolazione. Lo stanziamento destinato alla Ricerca, pertanto, lungi dal costituire una mera voce di costo, rappresenta un investimento strategico per gli assetti organizzativo-assistenziali del SSN e per l'individuazione di nuovi percorsi terapeutici.
- Tutti gli studi e le analisi dei modelli di sviluppo e supporto alla ricerca sanitaria condotti negli ultimi anni, sono concordi nell'evidenziare, tra i compiti più rilevanti di una politica per la ricerca biomedica e sanitaria, quello di rafforzare i legami tra ricerca e innovazione: da una parte costruendo le condizioni necessarie a valutare in che misura le iniziative di ricerca possano avere effettive potenzialità innovative per i servizi, anche in ragione delle priorità del SSN, dall'altra individuando quali tra le iniziative di innovazione, adeguatamente validate e introdotte nei contesti assistenziali, meritino di essere ulteriormente sviluppate. Data la generale scarsità di risorse economiche, e la conseguente competizione per la loro acquisizione, è necessario indirizzare la Ricerca Sanitaria verso i veri bisogni della popolazione e gestire in maniera efficiente i finanziamenti dedicati alla ricerca.
- Ciò premesso, nell'era della medicina personalizzata occorre impostare le linee di ricerca lungo due direttrici:
  - finanziando progetti di natura traslazionale che mirino ad una maggior precisione nella terapia;
  - puntando sulla identificazione e sul trattamento dei fattori di rischio delle patologie nonché sulla diagnosi precoce delle malattie in fase idealmente asintomatica per impostare politiche di prevenzione efficaci. E' utile ricordare che cattivi stili di vita (alimentazione scorretta, scarso esercizio fisico, cattive abitudini voluttuarie come fumo e alcool) sono i principali e comuni fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e tumorali, che sono rispettivamente la prima e la seconda causa di morte in Italia.
- Gli obiettivi, dunque, che mi propongo di perseguire, attengono:

- al miglioramento del governo del sistema per identificare le aree di ricerca verso cui convogliare in via preferenziale i finanziamenti disponibili, secondo *specifiche priorità strategiche* finalizzate ad alimentare le conoscenze scientifiche e soprattutto a beneficio dello stato di salute dei cittadini e della qualità del SSN;
  - al miglioramento della qualità del processo di divulgazione dei risultati di ricerca attraverso una comunicazione scientifica più efficace che ha come destinatario principale il cittadino, oltre alla comunità scientifica di riferimento. A questo scopo occorre incentivare ulteriormente il cammino verso una società della conoscenza aperta, con iniziative di tipo formativo e informativo. È necessario trasmettere informazioni chiare, tempestive, accurate in modo trasparente in modo che i cittadini si sentano partecipi di un processo decisionale che li riguarda e fiduciosi degli risultati che tale processo potrà assicurare nel tempo;
  - all'introduzione, in via normativa e di buone prassi, di istituti di semplificazione amministrativa idonei a governare il processo di ricerca in maniera più efficiente e nel rispetto dei tempi necessari alla sperimentazione: dall'identificazione del progetto iniziale, includendo lo sviluppo della ricerca stessa, fino alla diffusione e valorizzazione dei risultati. Un importante intervento di riforma del regime giuridico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico consentirebbe l'inquadramento della ricerca sanitaria pubblica in un sistema di regole più snello e più appropriato a gestire la peculiarità dei tempi e delle esigenze del settore.
- Tutto ciò non si può realizzare senza la valorizzazione del personale che opera nel campo della ricerca. Occorre quindi, in primo luogo, investire sulle risorse umane dando seguito e sostenendo il percorso di riconoscimento della figura professionale del ricercatore nel SSN iniziato con la Legge n. 205/2017. Tale legge ha consentito l'inquadramento del personale nel ruolo del Comparto del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro. All'attuazione della norma entro l'anno in corso dovrà seguire una riflessione con gli Istituti e con le rappresentanze sindacali per completare la riforma nel senso del pieno riconoscimento del ruolo e delle capacità espresse da queste figure professionali, così ponendo un argine al fenomeno della fuga all'estero di cervelli formati negli enti di ricerca del sistema nazionale con investimento di ingenti risorse pubbliche e che rischia di produrre gravi ripercussioni negative sul mantenimento dell'eccellenza medico scientifica e nell'offerta di cure innovative e servizi per i pazienti nel SSN.

## **5. LA SICUREZZA ALIMENTARE**

- Un tema sicuramente prioritario e sempre più al centro dell'opinione pubblica, è quello della sicurezza alimentare, che pone l'impegnativa sfida volta a garantire cibi sani e sicuri lungo tutta la filiera produttiva. Per questo motivo, ho intenzione di attivarmi e di mettere in campo tutte le misure possibili per sviluppare strategie e interventi nelle seguenti aree della sicurezza degli alimenti e della sanità pubblica veterinaria: pianificazione dei controlli ufficiali dei prodotti di origine animale e vegetale, di alimenti particolari, di integratori e nuovi alimenti, sicurezza nutrizionale e informazione ai consumatori, attività di export, sicurezza e regolamentazione dei prodotti fitosanitari e gestione di eventuali emergenze alimentari.
  
- In particolare, vi sono molteplici tematiche di attualità strategica, che richiedono interventi impegnativi per assicurare i risultati programmati e auspicati quali:
  1. attività intese all'attuazione, entro il 14 dicembre 2019, del nuovo Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali, in coordinamento con le altre autorità competenti, in particolare MIPAAF, al fine di organizzare un sistema efficace e organico per la tutela dei consumatori;
  2. promozione delle attività mirate a incrementare l'export di prodotti alimentari *'made in Italy'* e a garantire la corrispondenza ai requisiti igienico-sanitari;
  3. promozione della salute e della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, attraverso una corretta nutrizione e un approccio intersettoriale;
  4. nello specifico ambito della sicurezza alimentare, potenziamento dell'attività di valutazione del rischio, anche attraverso la promozione, il coordinamento e la reciproca collaborazione tra le diverse Istituzioni ed Enti di ricerca ed incremento dell'attività di comunicazione verso i cittadini sulla natura, la gravità e l'entità di eventuali rischi legati ad alimenti e mangimi e sulle misure adottate per prevenire, contenere o eliminare tali rischi, oltre che a contrastare ed evitare l'ampia e incontrollata diffusione di false notizie.
  
- Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una crescente attività di esportazione verso gli Stati Uniti d'America -da sempre il primo mercato extra UE dei nostri prodotti agroalimentari-, in particolare di quelli di origine animale, che va mantenuta, consolidata e rafforzata. Di pari importanza appare il mercato Asiatico, rappresentato in particolare dalla Repubblica Popolare Cinese sulla quale è stato trasferito gran parte dell'interesse, a fronte del

ridimensionamento degli sbocchi commerciali della parte Euro-Asiatica a causa della chiusura politica del mercato Russo.

- Coerentemente con gli orientamenti suggeriti dall'*High Level Group on Nutrition and Physical Activity*, istituito presso la Commissione europea, che ha sollecitato gli Stati membri ad impegnarsi per un approccio globale per la riduzione di grassi saturi, grassi trans e zuccheri aggiunti, l'Italia ha intrapreso un percorso di miglioramento della qualità nutrizionale di taluni prodotti alimentari, puntando sul raggiungimento di un accordo con le Associazioni per ridurre la pressione del marketing sui prodotti per bambini, implementare approcci comuni per promuovere la riformulazione di alimenti e rendere l'etichettatura più fruibile per il consumatore. Sono stati, inoltre, stipulati protocolli di intesa con la Federazione italiana pubblici esercizi e con il settore della ristorazione (in particolare i cuochi) per sviluppare politiche di corretta nutrizione per i consumatori.
- Ulteriore obiettivo che intendo perseguire è quello di porre in essere tutte le iniziative necessarie per promuovere attività finalizzate ad una corretta educazione alimentare.

## **6. SANITÀ ANIMALE E FARMACI VETERINARI**

- Le sfide che attendono il settore della sanità e il comparto agro-alimentare si sono fatte negli anni sempre più **complesse**. La tutela della salute animale mediante il contrasto alle principali malattie animali, il benessere animale, il consumo responsabile dei medicinali veterinari, l'efficientamento e l'armonizzazione dei sistemi di controllo, l'utilizzo del macello come osservatorio epidemiologico e le misure di biosicurezza risultano sempre di più connessi tra loro rendendo di fatto necessario un **approccio integrato che valorizzi la collaborazione tra autorità competenti, operatori e professione veterinaria**.
- La diffusione di fenomeni come l'**antibiotico-resistenza**, inoltre, ha assunto negli ultimi anni dimensioni drammatiche tali da rendere indispensabile e non procrastinabile una programmazione degli interventi preventivi.
- In un quadro così complesso intendo elaborare una strategia di ampio respiro lavorando ad una serie di attività con l'obiettivo di contribuire a migliorare la sanità animale italiana. La sfida del futuro è dunque quella di avviare un processo di implementazione e sviluppo di sistemi da mettere a regime nel prossimo triennio che preveda: l'armonizzazione dei controlli ufficiali lungo la filiera agroalimentare, la creazione del sistema di classificazione degli allevamenti in base al rischio, la tracciabilità dei medicinali veterinari e l'implementazione della ricetta elettronica veterinaria.
- Un tema sicuramente prioritario e sempre più attenzionato dall'opinione pubblica è quello del benessere animale (sia con riferimento agli animali da reddito che ai PET) che sicuramente pone delle sfide per la creazione di un sistema orientato, in ogni ambito, alla tutela e protezione degli animali riconosciuti giuridicamente come esseri senzienti dal Trattato dell'Unione europea.

## **7. LA RIORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

- Altro argomento che mi sta a cuore è la riorganizzazione del Ministero, definito “organo centrale” del Servizio Sanitario Nazionale, preposto a importanti funzioni di indirizzo e programmazione nel campo sanitario. È mio intendimento adeguarne la struttura e potenziarne l’efficienza, in maniera da renderla maggiormente flessibile in ragione dei numerosi e accresciuti compiti istituzionali - in particolare, nel corso degli ultimi anni, quelli finalizzati al miglioramento dello stato di salute della popolazione - al fine di dare una risposta ai bisogni di cura della collettività. Per la loro particolare rilevanza, in linea anche con i più recenti orientamenti normativi, meritano menzione le nuove sfide generate dall’evoluzione della ricerca scientifica in campo medico, e quelle collegate alle cicliche emergenze sanitarie in ambito nazionale ed internazionale, ai controlli delle merci, degli alimenti, al progressivo intensificarsi dei fenomeni migratori, alle attività di cui al Patto per la salute 2019-2021. Il complesso di queste sfide rendere indilazionabile la riorganizzazione della struttura ministeriale per renderla capace di assolvere con efficacia alla *mission* istituzionale.
- Nello specifico, intendo lavorare per aggiornare il disegno organizzativo del Ministero, potenziandone i compiti di indirizzo, programmazione e controllo, anche mediante la razionalizzazione dei flussi informativi e l’accrescimento delle capacità di elaborazione dei dati; quanto, in particolare, alle funzioni di controllo, per i casi in cui emergano criticità, con riferimento al mancato rispetto dei LEA o dei vincoli di bilancio, è stata già avviata una riflessione con le Regioni al fine di introdurre modifiche normative incentrate sulla previsione di interventi sostitutivi del governo centrale, ai sensi dell’art. 120 Cost., di tipo selettivo, e dunque circoscritti e mirati a superare le specifiche criticità emerse, superando il modello degli interventi sostitutivi generalizzati del governo della sanità regionale. Gli sforzi di risanamento finanziario condotti con importanti risultati nell’ultimo decennio e l’affinamento degli strumenti che consentono il costante e tempestivo monitoraggio dei LEA, rendono maturi i tempi per una riforma dell’intervento sostitutivo, in attuazione del principio di proporzionalità e nel rispetto della autonomia regionale.
- Per quanto attiene alla razionalizzazione dei flussi informativi, in particolare, intendo potenziare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il quale nasce con l’obiettivo di rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di informazioni che, per completezza, consistenza e tempestività, supporta le Regioni ed il Ministero della salute nell’esercizio delle rispettive competenze, assicurando l’uniforme applicazione dei LEA



su tutto il territorio nazionale. In particolare, intendo valorizzare l'ingente patrimonio informativo relativo alle attività e ai fattori produttivi delle strutture del SSN, incrementando la produzione statistica e mettendo a disposizione dei decisori politici, della collettività e del mondo della ricerca informazioni e analisi integrate nei diversi ambiti assistenziali, anche al fine di rendere sempre più produttiva la spesa sanitaria.

- L'articolo 1, comma 418, della legge del 27 dicembre 2017, n. 205, legge di bilancio per il 2018, ha istituito la banca dati delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) attraverso le quali ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, presso il Ministero della salute.
- Il mio impegno è finalizzato a garantire in tempi brevi l'operatività della predetta banca dati. Ho già avuto modo di comunicare, in sede di risposta al *question time* della scorsa settimana, nell'Aula della Camera Deputati, che sono state già condotte le verifiche tecniche di carattere preliminare necessarie a rendere operativa la banca dati, che dovrebbe essere operativa entro fine novembre 2019. Solo a fini di chiarimento, comunico che lo schema di decreto finalizzato alla disciplina della menzionata banca dati è al momento all'esame conclusivo del Consiglio di Stato. Nelle more del perfezionamento dell'iter, è in corso la progettazione di dettaglio della piattaforma che, nel rispetto di tutti i vincoli di sicurezza e riservatezza, permetterà la raccolta dei dati identificativi e di copia delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Tale piattaforma sarà realizzata nell'ambito dei sistemi già in esercizio, definendo un'isola ad hoc, per la quale sono in corso le acquisizioni di licenze aggiuntive. Ribadisco, pertanto, che lo sviluppo dell'infrastruttura sarà pronto per la fase di test a fine novembre 2019.
- Ancora, in linea con la comunicazione della Commissione europea relativa alla trasformazione digitale della sanità, ritengo necessario un ripensamento del modello organizzativo e strutturale dei servizi sanitari, funzionale alla definizione di quelle che ritengo debbano essere le basi per la sanità del futuro, una sanità che sia in grado di assicurare un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni di salute della popolazione, bilanciandoli con la sostenibilità economico-finanziaria del sistema.

- Tra le strategie potenzialmente in grado di supportare il necessario cambiamento, un ruolo importante è destinato ad avere la “sanità digitale”, la quale cambierà radicalmente il modo in cui fornire servizi sanitari e assistenziali di qualità ai cittadini. A quest’ultimo riguardo, intendo sostenere l’innovazione digitale promuovendone e monitorandone l’introduzione, nella prospettiva di un ripensamento sia dei processi di organizzazione interna delle regioni e delle aziende sanitarie, che dell’erogazione dei servizi ai cittadini.
- In particolare intendo implementare ogni iniziativa per rendere più efficace il fascicolo sanitario elettronico, in coerenza con le finalità per cui è stato istituito, garantendo al contempo la massima tutela nel trattamento dei dati sanitari degli assistiti.
- Infine, nel biennio 2020-2021, intendo altresì potenziare le capacità del Ministero di rendere disponibili dati di interesse del settore sanitario in conformità con le indicazioni del Piano triennale per l’Informatica nella Pubblica Amministrazione 2019-2021 in materia di open data, come definiti nell’articolo 1, lettera l-ter) del Codice dell’Amministrazione Digitale.
- Gli obiettivi sopra evidenziati, presuppongono un rafforzamento degli attuali organici del Ministero, i quali da anni soffrono gli effetti del blocco del turn over del personale collocato a riposo.

## **8. GOVERNANCE FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI**

- **Politica farmaceutica**

I farmaci rappresentano un essenziale strumento di tutela della salute e sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto inclusi nei Livelli essenziali di assistenza. La finalità dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci che vantino il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

Partendo da questo assunto generale, intendo implementare i contenuti del documento sulla *governance* del farmaco, predisposto dal Tavolo tecnico appositamente istituito con tale scopo nell'autunno scorso.

Nell'ambito della *governance* farmaceutica, un ruolo significativo è rappresentato dal prezzo dei farmaci; non vi è dubbio che debba essere seguito il principio secondo il quale farmaci terapeuticamente equivalenti devono avere lo stesso prezzo di rimborso a carico del SSN; prezzi più elevati possono essere riconosciuti solo a fronte di un valore terapeutico aggiunto per i pazienti e devono comunque essere commisurati al valore aggiunto.

Tra le attività che ritengo prioritarie merita particolare attenzione il lavoro già avviato sulla revisione del prontuario farmaceutico nazionale che da tempo non viene effettuata.

La revisione, che è compito dell'AIFA, può riguardare l'intero prontuario o essere effettuata per gruppi terapeutici e mira a superare la situazione che vede la presenza nel prontuario di farmaci terapeuticamente equivalenti ammessi alla rimborsabilità del SSN, con prezzi differenziati, promuovendo interventi finalizzati ad attenuare o eliminare tali differenze.

Ritengo inoltre, che siano maturi i tempi per avviare una riflessione sui tetti di spesa relativi al settore farmaceutico al fine una possibile rimodulazione, nel rispetto tuttavia dei vincoli di bilancio.

Tra le priorità per la tematica in esame segnalo, infine, l'iniziativa finalizzata a risolvere la questione del contenzioso in materia di *payback* relativo all'anno 2018.

- **Dispositivi medici**

Con riguardo ai dispositivi medici intendo promuovere gli indirizzi per una nuova *governance* che miri all'efficiente allocazione delle risorse del SSN, alla sostenibilità dell'innovazione, e alla messa in trasparenza delle azioni e relazioni inerenti all'approvvigionamento e all'utilizzo dei dispositivi medici.

La politica che intendo condurre sarà finalizzata ai seguenti obiettivi:

- ottimizzazione delle attività di *governance*, attraverso un coordinamento strategico delle collaborazioni oggi affidate a diversi enti e la regolamentazione delle relazioni con i rappresentanti del settore dei dispositivi medici;
- governo della spesa attraverso processi di acquisto efficienti e funzionali all'espansione di un mercato competitivo e al contenimento dei prezzi, utili a liberare risorse da destinare all'innovazione;
- potenziamento del sistema di vigilanza e di controllo della sicurezza;
- governo della domanda e dell'offerta dei dispositivi medici, attraverso il riconoscimento precoce dell'innovazione e la valutazione del valore clinico assistenziale aggiuntivo dei dispositivi medici innovativi.

Per realizzare il nuovo sistema di *governance* è in avanzato stato di studio una norma di legge delega che consentirà in tempi rapidi di conseguire questo importante obiettivo.

## **9. IL SETTORE FARMACEUTICO**

- **Farmacia dei servizi**

E' noto che la "farmacia dei servizi" è stata delineata dal legislatore nel 2009 come il "presidio" sanitario sul territorio più vicino e accessibile al cittadino, come un interfaccia tra lo stesso e le strutture del SSN, quasi una sorta di "*trait d'union*" tra la rete ospedaliera e la rete territoriale. Le funzioni e le potenzialità della "farmacie dei servizi", rappresentano una sfida per il SSN; forte di questa consapevolezza, intendo portare avanti le iniziative finalizzate a rimuovere gli ostacoli che ad oggi, di fatto, hanno impedito l'effettiva valorizzazione delle funzioni riconducibili alla farmacia nella veste di "farmacia dei servizi"; mi riferisco a tutta una serie di prestazioni quali il monitoraggio dei malati cronici, le campagne vaccinali e di prevenzione, i test diagnostici, la telemedicina, le prenotazioni di visite ed esami, che non solo agevolano notevolmente i cittadini consentendo loro di ottenere servizi di alta valenza sociale nella farmacia di quartiere, ma possono nel tempo ridurre notevolmente l'onere organizzativo ed economico sostenuto dalle ASL.

In questo contesto ritengo che un ruolo determinante possa essere svolto dal rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, che dovrà definire i criteri generali e i principi per l'erogazione dei servizi in regime di SSN.

Come noto, sono in corso i lavori per il rinnovo e, da parte mia, comunico l'impegno a sollecitarne l'avanzamento, nel rispetto dei ruoli istituzionali dei soggetti interessati. Rimanendo sempre sul tema della "farmacia dei servizi", è appena il caso di ricordare che la legge 27 dicembre 2017, n. 205, ha previsto l'avvio in nove regioni, per il triennio 2018-2020, di una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali della "farmacia dei servizi" con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, autorizzando la spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2018, di 12 milioni di euro per l'anno 2019 e di 18 milioni di euro per l'anno 2020 .

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono state individuate le nove regioni interessate da tale sperimentazione, di cui tre per l'anno 2018 (Piemonte, Lazio e Puglia), ulteriori tre per l'anno 2019 (Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia), e ulteriori tre per l'anno 2020 (Veneto, Umbria e Campania).

In applicazione di quanto sopra, si è provveduto, in primo luogo, a ripartire i complessivi 36 milioni di euro tra le nove regioni interessate, sulla base della quota di

accesso al finanziamento del fabbisogno nazionale standard per l'anno 2018 come segue:

- per l'anno 2018, la somma di 6 milioni di euro è stata ripartita tra le regioni Piemonte, Lazio e Puglia, sulla base del criterio della quota capitaria di accesso al Fondo Sanitario Nazionale per il medesimo anno.
- per l'anno 2019, la somma di 12 milioni di euro è stata ripartita assegnando il 25% di tale importo (3 milioni di euro) in favore delle regioni che hanno avviato già nel 2018 la sperimentazione in argomento, in proporzione alla quota di accesso al finanziamento del fabbisogno nazionale standard per l'anno 2018, ed il restante 75% (9 milioni di euro) in favore delle regioni che hanno avviato la sperimentazione nel 2019 (Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia) in proporzione alla quota di accesso al finanziamento del fabbisogno nazionale standard per l'anno 2018;
- per l'anno 2020, la somma di 18 milioni di euro è stata ripartita in favore delle nove regioni interessate dalla sperimentazione, fino alla concorrenza dell'importo ad ognuna di esse spettante per l'intero triennio come determinato in partenza.

L'erogazione delle citate risorse sarà effettuata nel rispetto del Cronoprogramma delle attività sperimentali.

Con decreto ministeriale del 30 novembre 2018 è stato istituito, presso il Ministero della salute, un gruppo di lavoro con l'obiettivo di definire i criteri che qualificano i servizi offerti dalle "Farmacie dei servizi"; tale gruppo ha predisposto un disciplinare finalizzato all'attuazione della sperimentazione, ad oggi in valutazione tecnico/politica dei miei Uffici, in esito alla quale mi impegno ad avviare le azioni conclusive per la sperimentazione in parola.

#### • **Remunerazione della filiera distributiva**

Quanto alla remunerazione della filiera distributiva del farmaco, rammento che l'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012 ha stabilito che a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione doveva essere sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con altre autorità, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria e l'Agenzia italiana del farmaco, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in questione; ad oggi il menzionato decreto per disciplinare il nuovo sistema di remunerazione non è stato ancora adottato; pertanto mi attiverò in tempi rapidi, anche con il supporto dell'AIFA, per accelerare i lavori del Tavolo tecnico già riunito, che consenta di addivenire ad un nuovo sistema, finalizzato a ristabilizzare l'equilibrio economico-finanziario della farmacia italiana, tenendo in dovuta

considerazione le esigenze e le aspettative di tutti gli attori, coinvolti per profili di competenza.

- **L'ingresso delle società di capitali nella gestione delle farmacie**

In relazione alle recenti disposizioni che consentono alle società di capitali di gestire le farmacie, formulo le seguenti valutazioni.

Il vigente assetto normativo, rappresentato dall'art. 7 della legge n. 362 del 1991, come modificato dalla legge n. 124 del 2017, nel disciplinare l'esercizio della farmacia, appare frammentario, in quanto frutto di interventi del legislatore che si sono succeduti negli anni. Oggi la materia è regolata da norme risalenti nel tempo che talvolta si sovrappongono tra loro. L'armonizzazione tra tali norme richiede sovente un notevole sforzo ermeneutico che provoca incertezze tra gli operatori del settore e, spesso, difformità nell'applicazione delle disposizioni sul territorio nazionale.

Rimanendo sul tema si osserva che la vigente disposizione prevede una parziale apertura alla dinamica concorrenziale e si conforma a principi di rango comunitario, vincolanti per l'ordinamento nazionale.

Segnalo, inoltre, che le vigenti disposizioni di cui alla legge n. 362 del 1991, risultano idonee ad assicurare le funzioni di servizio pubblico delle farmacie, nel rispetto dei principi di efficacia e continuità del servizio.

Da ultimo, non si segnalano, allo stato, criticità in merito all'applicazione della norma in questione, fermo restando che sono in corso contatti con le associazioni di categoria per verificare lo stato di attuazione della norma in esame e gli effetti eventualmente indotti sul servizio.

- **Parafarmacie**

Rimanendo sul tema della distribuzione dei farmaci, è opportuno fare un riferimento alle disposizioni vigenti nel settore delle "parafarmacie", presenti nel panorama della distribuzione dei farmaci a decorrere dal decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, intervenuto in materia di liberalizzazioni.

Nel merito la norma prescrive: "Gli esercizi commerciali di cui all' articolo 4, comma 1, lettere d), e) e f), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, possono effettuare attività di vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, previa comunicazione al Ministero della salute e alla regione in cui ha sede l'esercizio e secondo le modalità previste dal presente articolo. E' abrogata ogni norma incompatibile".

E' noto che con la norma in questione è stata riconosciuta la possibilità di dispensare i cd. farmaci da banco e tutti i farmaci e prodotti non soggetti a prescrizione medica, oltre che nelle farmacie anche negli esercizi di vicinato e nei corner della grande distribuzione (comunemente definiti "Parafarmacie") nei quali, comunque, è prevista la presenza di uno o più farmacisti.

Sarà mia cura, nel corso del mandato governativo, avviare ogni necessario approfondimento volto a verificare la funzionalità dell'attuale assetto di distribuzione del farmaco, al fine di migliorare il settore, nell'interesse dei cittadini.



## **10. GLI ENTI VIGILATI**

- Tra i temi ritenuti prioritari da questo Ministero e che sarà affrontato nel corso della legislatura vi è quello della ridefinizione dei rapporti con gli Enti vigilati, al fine di razionalizzare e ottimizzare il sistema di vigilanza che il Ministero svolge sugli stessi.

Gli enti sui quali il Ministero della salute, avvalendosi della Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure, esercita la funzione di vigilanza sono in seguenti:

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS);
  - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA);
  - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT);
  - Ente pubblico Croce Rossa Italiana in liquidazione coatta amministrativa;
  - Istituto Superiore di Sanità (ISS);
  - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP);
  - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - limitatamente alla Direzione Centrale Ricerca (ex ISPESL);
  - Istituto Mediterraneo di Ematologia (IME). La fondazione IME è in stato di liquidazione dal 20 gennaio 2016;
  - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico;
  - Istituti zooprofilattici sperimentali.
- L'obiettivo principale che intendo perseguire è quello di potenziare e rendere più incisivo il potere di direttiva ministeriale, al fine di garantire in modo ottimale l'unità di indirizzo politico e, rispetto agli obiettivi programmatici, più sistematico il coordinamento delle funzioni tecniche dell'AGENAS, e di supporto scientifico dell'AIFA e dell'ISS. Per rendere effettivo questo obiettivo, intendo approntare un sistema di monitoraggio che consenta di esaminare e valutare le attività realizzate e la loro conformità alle direttive e linee programmatiche dettate dall'organo politico che esercita la vigilanza.
  - Quanto agli Istituti pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico, il decreto legislativo n. 288 del 2003, recante il riordino della disciplina degli

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, assegna al Ministero, nei loro confronti, le funzioni di vigilanza.

- Il Ministero della Salute esercita l'attività di vigilanza sugli IRCCS al fine di garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato, tenuto conto altresì dell'attività di supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN che essi svolgono.
- Nell'ambito delle funzioni di vigilanza, tra le attività che intendo potenziare e consolidare, rivestono particolare importanza:
  - l'esame dei bilanci di esercizio di tutti gli IRCCS di diritto pubblico al fine di verificare la sussistenza del requisito dell'equilibrio economico;
  - l'esame dei regolamenti di organizzazione e funzionamento degli IRCCS di diritto pubblico che devono essere approvati dal Ministero e dalla Regione competente.
- La medesima attenzione istituzionale sarà riservata a tutti gli altri Enti vigilati dal Ministero della salute al fine di assicurare il costante perseguimento della missione istituzionale, migliorando la qualità dei servizi offerti.