

MOZIONI CONCERNENTI INIZIATIVE VOLTE AL POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La Camera,

premessi che:

le analisi indipendenti condotte dalla fondazione Gimbe, nell'ambito del 5° rapporto sul Servizio sanitario nazionale (Ssn), ricordano che la crisi di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del Fondo sanitario nazionale (Fsn) si è progressivamente appiattita, in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento del Servizio sanitario nazionale;

secondo le analisi Gimbe, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza dei tagli lineari effettuati nelle diverse manovre finanziarie e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, come processo di progressivo definanziamento che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al Servizio sanitario nazionale meno risorse rispetto ai livelli programmati;

successivamente, le leggi di bilancio 2020, 2021 e 2022 hanno invertito la rotta con un incremento complessivo del Fsn di 11,2 miliardi, segnando un netto cambio di passo nel *trend* del finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale, cresciuto in media del 3,4 per cento annuo, tasso superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9 per cento) e certificando formalmente la fine della stagione dei tagli alla sanità;

oltre alle predette manovre, dal mese di marzo 2020 al mese di settembre 2022, sono stati emanati ben 12 decreti-legge che hanno stanziato risorse *ad hoc* per la gestione dell'emergenza Covid-19, per complessivi 11.414,3 miliardi di euro;

nel Documento di economia e finanza 2022, tuttavia, a fronte di una prevista crescita media annua del Pil nominale del 3,8 per cento nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria torna a ridursi mediamente dello 0,6 per cento per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/Pil precipita addirittura al 6,2 per cento al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia e la Nota di aggiornamento al Def (Nadef) riduce ulteriormente il predetto rapporto al 6,1 per cento;

la manovra economica per il 2023 è intervenuta in campo sanitario disponendo l'aumento di 2 miliardi per il finanziamento della spesa sanitaria; sono poi state adottate misure circoscritte riguardanti le farmacie e il finanziamento di interventi per ridurre l'antibiotico resistenza oltre che l'acquisto dei vaccini; gran parte delle predette risorse sono in verità destinate, per la maggior parte, a compensare gli aumenti legati al caro energia rispetto al quale la manovra per il 2023 ha esplicitamente vincolato ben 1,4 miliardi;

proprio sulla predetta manovra, la Corte dei conti ha rilevato che la previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi in tal modo solo poco al di sotto di quella prevista per il 2022 (133,9 miliardi), confermando, dunque, che la spesa sanitaria, in termini di prodotto, è in riduzione nel prossimo biennio (-1,1 per cento in media all'anno);

la Corte dei conti stigmatizza quindi il fatto che il rapporto fra spesa sanitaria e Pil si porta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria già dal 2024 (al 6,3 per cento), per ridursi ancora di un decimo di punto nell'anno terminale (2025);

il decrescere dell'incidenza sul Pil è un elemento preoccupante perché si traduce in «meno salute» e pone il nostro Paese al di sotto della media dei Paesi Ocse e al di sotto dell'accettabilità, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sull'aspettativa di vita, che già studi e ricerche hanno documentato in accreditati rapporti;

diverse e specifiche misure per l'anno 2023 non sono state rifinanziate, com'è il caso ad esempio degli interventi introdotti con il cosiddetto decreto rilancio (decreto-legge n. 34 del 2020, -500 milioni) e soprattutto sono venuti meno i 500 milioni di euro per l'abbattimento delle liste di attesa, nonostante il problema sia, ad oggi, tutt'altro che risolto;

la Corte dei conti ha ribadito come, dopo l'emergenza che ha caratterizzato lo scorso triennio, si riproponga il *gap* mai risolto tra le risorse dedicate nel nostro Paese al sistema sanitario e quelle dei principali *partner* europei; una differenza resa più grave dagli andamenti demografici: già oggi l'Italia è caratterizzata da una quota di popolazione anziana superiore agli altri Paesi, quota destinata a crescere in misura significativa nei prossimi anni;

permane il grave ritardo nella erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste d'attesa, cresciute esponenzialmente con la pandemia; a riguardo, sempre la Corte dei conti ha rappresentato come siano ben 14 le regioni che presentano *performance* peggiori di quelle del 2019 nel caso degli interventi cardio-vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro 30 giorni; solo di poco migliore l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: sono 12 le regioni che hanno peggiorato le loro *performance*;

le prestazioni di specialistica ambulatoriale non hanno recuperato i livelli del 2019: nel primo semestre 2022 le prestazioni erogate risultavano in media nazionale inferiori del 12,8 per cento a quelle dello stesso periodo del 2019 e 13 regioni si collocavano al di sotto della media;

anche dalle analisi di Gimbe emerge come si accumuli sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di *screening*, nonostante quasi 1 miliardo di euro di investimenti dedicati e la definizione di un piano nazionale per il recupero delle liste di attesa; il progressivo impatto del *long-Covid* ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore, senza considerare l'impatto sulla salute mentale fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani, fatica a trovare adeguate risposte assistenziali;

peraltro, l'emergenza Covid appare tutt'altro che conclusa e desta notevole preoccupazione: il nostro Paese dev'essere pronto a fronteggiare situazioni imprevedibili in brevissimo tempo, con misure tali da garantire una numerosità di strutture e posti per la terapia del Covid e delle patologie connesse senza che ciò debba comportare la mancata assistenza per le altre patologie; per questo motivo, tra il mese di dicembre 2022 e gennaio 2023, sono state emanate diverse circolari del Ministero della salute, recanti gli interventi in atto per la gestione della circolazione del Sars-CoV-2 nella stagione invernale 2022-2023, volte a chiarire queste nuove necessità, che, al di là dello sviluppo degli eventi, richiede un ripensamento del sistema;

dal *Report Osservatorio Gimbe 2/2022*, «Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità», emerge che rispetto al mantenimento dell'erogazione dei Lea, a fronte di un Servizio sanitario nazionale fondato su principi di equità e universalismo, il nostro Paese presenta inaccettabili diseguaglianze regionali. In particolare:

gli adempimenti Lea 2018 valutati tramite il questionario Lea documentano che solo 5 regioni (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Marche, Toscana) sono adempienti (senza impegno né raccomandazioni) per almeno l'80 per cento delle 43 valutazioni;

gli adempimenti al mantenimento dell'erogazione dei Lea tramite griglia Lea, per i quali nell'ultima valutazione solo due regioni risultano inadempienti, lasciano emergere diseguaglianze regionali di notevole entità nel decennio 2010-2019;

nel quartile superiore si ritrovano solo regioni del Nord. Nessuna regione del Sud compare tra le prime dieci posizioni;

una disuguaglianza regionale inaccettabile tanto quanto la mancata approvazione del nomenclatore tariffario riferito ai cosiddetti «nuovi Lea», la cui assenza rende di fatto inattuato l'aggiornamento, ormai già vecchio, dei livelli essenziali di assistenza del 2017, che mai sono stati esigibili nonostante fossero stati sbandierati come la più grande conquista degli ultimi dieci anni. Quei Lea erano e sono senza una idonea copertura;

occorre restituire centralità e unitarietà al Servizio sanitario nazionale e superare l'attuale frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali, intervenendo per riportare allo Stato, in via

esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e una migliore equità nell'erogazione delle prestazioni e rispondere, così, ai principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, in osservanza e ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione;

al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, si dovrebbe altresì intervenire sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale, prevedendo che nello stabilire i pesi da attribuire ai diversi elementi si tenga conto anche di indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 10 per cento a valere sull'intera quota, dell'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istat, che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie;

i recenti interventi sul nostro sistema sanitario correlati alla pandemia, ove rifinanziati ovvero non resi strutturali, non risolvono le numerose e ataviche necessità del Servizio sanitario nazionale: primo fra tutti il fabbisogno di personale sanitario la cui carenza è ormai divenuta tanto insostenibile quanto strutturale e rischia di aggravarsi ulteriormente alla luce dell'auspicata riforma dell'assistenza territoriale;

alla riduzione delle risorse economiche e alla compressione delle prestazioni sanitarie per i cittadini, si aggiungono le misure di contenimento della spesa sul personale che continuano a generare un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e insostenibili turni straordinari, nonché una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie forme di lavoro flessibile e precarizzato anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione), determinando un progressivo indebolimento della sanità pubblica che in tal maniera e in queste condizioni emergenziali non è più in grado di rispondere ai bisogni della popolazione e perde terreno in favore della sanità privata o della sanità integrativa;

numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e che siano sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico: si fa sempre più dilagante la «fuga» dal Servizio sanitario nazionale verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto alla compartecipazione dovuta o comunque in tempi più rapidi rispetto alle liste di attesa del servizio pubblico;

i cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il Servizio sanitario nazionale, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione; tuttavia, diverse forme di sanità integrativa si stanno con il tempo proponendo come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica forma di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute;

la sanità integrativa, peraltro, propone sempre più spesso «pacchetti prevenzione» che da un lato alimentano un consumismo sanitario e dall'altro aggravano l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie con uno spreco di risorse;

anche il ricorso all'*intramoenia* è sempre più spesso una conseguenza obbligata per il cittadino dinanzi alle lunghe liste di attesa e alle inefficienze del Servizio sanitario nazionale, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto: la legge n. 120 del 2007, concernente l'attività libero-professionale intramuraria, prevede infatti il «progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria», proprio al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia la conseguenza della libera scelta del cittadino e non già la conseguenza di una carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

già l'Anac, nell'ambito dell'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione, collocava tra gli eventi a rischio di corruzione proprio l'attività *intramoenia* laddove vi sia, ad esempio, l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;

come riportato anche sul sito dell'Agenas, l'attività libero professionale intramuraria (Alpi) può essere autorizzata a condizione che: non comporti un incremento delle liste di attesa per l'attività istituzionale; non contrasti o pregiudichi i fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale regionale; non contrasti o pregiudichi gli obiettivi aziendali; non comporti per ciascun dipendente una produttività superiore a quella assicurata per l'attività istituzionale, ovvero un impegno orario superiore al 50 per cento di quello di servizio;

ed in riferimento all'Alpi, proprio l'Agenas, nel suo ultimo rapporto disponibile, relativo all'anno 2020, conferma la disomogeneità presente nei singoli contesti locali: 11 regioni/Pa utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema Cup; 7 regioni utilizzano il Cup per più dell'80 per cento del totale; le rimanenti regioni riportano una percentuale intorno al 60 per cento;

L'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra l'attività erogata in Alpi e quella erogata in regime istituzionale: tale rapporto non deve superare il 100 per cento; orbene, nel predetto rapporto di Agenas, emerge, invece, che in 13 regioni su 21 si rilevano situazioni in cui il suddetto rapporto è ben superiore al 100 per cento;

in tale quadro, dunque, di fronte a questo tangibile smantellamento del Servizio sanitario pubblico, prendono corpo e s'inseriscono le diverse soluzioni o proposte di partenariato pubblico-privato, se non addirittura chiaramente «di copertura assicurativa» dei bisogni assistenziali: l'idea di «cedere» prestazioni incluse nei Lea a soggetti privati, attraverso accreditamenti oramai resi strutturali, rende il sistema sanitario debole di fronte a eventuali richieste accessorie o mancate prestazioni da parte del privato, inaccettabili alla luce dei principi costituzionali;

l'idea d'implementare l'assistenza territoriale attraverso una riorganizzazione delle cure primarie, anche al fine di efficientare l'assistenza ospedaliera ed in particolar modo la rete emergenza-urgenza, dopo tante e reiterate richieste rimaste inevase nei lunghi anni di defianziamento e di tagli scellerati e conclamati alla sanità, è divenuta un'idea cogente solo all'indomani dell'emergenza pandemica;

proprio a causa delle precedenti scelte politiche sull'assistenza ospedaliera e sanitaria, l'emergenza Covid-19 inizialmente ha colto tutti i cittadini impreparati, soprattutto in quelle regioni dove la rete assistenziale territoriale era più compromessa a causa di una sempre più diffusa privatizzazione dei servizi di base; in tale contesto anche la riduzione della disponibilità di posti letto, effettuata negli anni precedenti, ha rilevato tutta la sua esiguità e criticità;

nell'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, l'Italia (3,7 posti ogni mille abitanti) si colloca al di sotto della media europea (5,5 posti letto) e si penalizzano, nella programmazione della dotazione dei posti letto, quelle regioni italiane che, con un saldo positivo di mobilità, di fatto finanziano il sistema sanitario di regioni ritenute virtuose proprio attraverso le risorse provenienti dalla mobilità attiva;

la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera, nelle intenzioni del cosiddetto decreto Balduzzi (decreto-legge n. 198 del 2012), era e doveva essere armonizzata con un'implementazione dell'assistenza territoriale, dei presidi sul territorio anche attraverso i cosiddetti ospedali di comunità ma, alla tanta solerzia nel definire i tagli dei posti letto, allora, non fece da contraltare la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità, che solo ora cominciano a vedere luce grazie al PNRR e alle risorse del *Recovery Fund* ottenute in Europa;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), relativa alla salute, vi è, in particolare, il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli ospedali di comunità; in attuazione della predetta linea d'intervento è stato emanato quindi il cosiddetto «DM71», recante gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

tuttavia, occorre che la riorganizzazione territoriale sia sostenuta da un adeguato potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'idonea copertura finanziaria, da una riforma delle

disposizioni in materia di medici di medicina generale, nonché dall'implementazione di ulteriori *setting* territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e l'assistenza psicologica di base; altresì, dovrebbe essere accompagnata da una riorganizzazione dei posti letto, secondo una logica ripartizione tra l'ambiente ospedaliero «tradizionale» e gli ospedali di comunità;

la riorganizzazione territoriale si scontra infatti anche con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale già da oltre 10 anni sia l'Enpam sia Fimmg rilevavano una stima drammatica sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze assistenziali, stimando che dal 2015 al 2025 sarebbero andati in pensione complessivamente circa 40.000 tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri, con un'impennata di 25.000 pensionamenti che rischiano di non essere sostituiti, e già allora si temeva che, per i successivi 10 anni, 25 milioni di italiani sarebbero potuti rimanere senza assistenza;

è poi necessario che il sistema di «fascicolo sanitario elettronico» che raccoglie non solo le informazioni sul paziente, ma che dovrà raccogliere tutti i dati sugli esami e le visite compiute, le prestazioni erogate, i referti ed i loro allegati, diventi un vero e proprio «diario di bordo» del percorso diagnostico e terapeutico del paziente, in modo da coordinare le attività dei professionisti, evitare duplicazioni e tempi di attesa eccessivi; l'informatica e la società delle comunicazioni permettono tale risultato a livello omogeneo e nazionale. A tale fascicolo dovrebbero aderire anche i soggetti privati che erogano prestazioni per conto delle regioni, contribuendo allo stesso nelle modalità ed a condizioni pari a quelle delle strutture pubbliche;

la riorganizzazione delle cure primarie e il processo di de-ospedalizzazione richiede oltre che un concreto rafforzamento dell'assistenza territoriale anche un robusto investimento in prevenzione, da garantirsi con risorse economiche adeguate e con professionisti dedicati e, in tale ottica, purtroppo assistiamo quotidianamente all'accorpamento di distretti ben lontani dai cittadini e alla chiusura inaccettabile di consultori;

sarebbe lungimirante, probabilmente anche più economico, dare attuazione alla normativa vigente in materia di consultori familiari, nati e concepiti proprio quale integrazione di compiti e funzioni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale; il consultorio, vicino al cittadino, doveva rappresentare il luogo multiprofessionale di prevenzione e assistenza primaria e di tutela socio-sanitaria attraverso un supporto multidisciplinare alla persona, alla coppia e alla famiglia, in tutte le varie fasi del suo evolversi e crescere come nucleo; il consultorio avrebbe dovuto essere messo in condizioni di poter rispondere in maniera personalizzata, attraverso consulenze e prestazioni specialistiche, a tutte le problematiche connesse alla sessualità, all'infertilità e alla contraccezione, alla gravidanza, alla nascita e *post partum*, all'interruzione volontaria di gravidanza, alla menopausa, ai problemi andrologici, al disagio psicologico e al disagio familiare, alla ludopatia e alle dipendenze, ai fenomeni di bullismo, al disagio dei giovani, all'integrazione culturale di immigrati, alla violenza sulle donne e sui minori; per affrontare tutto questo sarebbe stato sufficiente dare attuazione ad una delle leggi più civili che il nostro legislatore sia stato in grado di concepire, assicurando figure professionali come ginecologi, ostetriche, infermieri, assistenti sociali, psicologi, mediatori culturali, linguistici e legali;

dal 1975, anno della legge sui consultori, si è invece percorsa una strada ad ostacoli e da un'attuazione a macchia di leopardo nelle diverse regioni italiane si è passati ad un progressivo e incalzante depotenziamento e, non di rado, anche al loro smantellamento;

nel contempo si percorrono anche strade legislative e informative, sulla salute e cultura di genere, sul disagio psicologico, sulla prevenzione, sulla sana alimentazione, sul sostegno alle famiglie in alcuni casi assolutamente fallimentari; in tal senso emblematica è la triste narrazione sulla natalità e sul diritto a non abortire che assai spesso disvela concezioni dannose sulla maternità, mentre sulla tutela del parto fisiologico ci si arena, ormai da troppe legislature, senza garantire di fatto condizioni del parto appropriate e anche più economiche che riducano i costi connessi all'abuso nel ricorso al parto cesareo;

proprio sulla maternità occorre ricordare come negli anni precedenti è stata portata avanti una chiusura indiscriminata di punti nascita, senza che si tenesse conto delle esigenze territoriali, come previsto dall'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 2010 che consentiva di derogare al volume minimo di almeno 500 parti/anno per quei punti nascita presenti in situazioni orografiche critiche, ovvero in presenza di

aree geografiche notevolmente disagiate, a condizione che in tali strutture fossero garantiti tutti gli *standard* organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'accordo medesimo;

sulla maternità responsabile non si risolve il serio problema di politiche efficaci per la famiglia e per la parità di genere, non si consente alle donne di conciliare i tempi della famiglia con i tempi del lavoro, non si forniscono servizi e sostegni reddituali adeguati, non si risolve il serio problema dell'assenza di professionisti non obiettori che di fatto rende non pienamente applicabile la legge n. 194 sull'interruzione di gravidanza, con conseguenze anche drammatiche e pressoché quotidiane sulla salute fisica e psichica delle donne;

sui problemi alimentari, sulle dipendenze e sulla ludopatia s'intraprendono politiche economiche di fatto incentivanti, nonostante nella XVIII legislatura sia stata introdotta la cosiddetta *sugar tax*, e non s'interviene in maniera incisiva sulla pubblicità diretta e indiretta di alimenti nocivi per fasce più giovani;

in tema di prevenzione appare dirimente l'approccio *One Health* che, secondo quanto si evince anche dal 5° rapporto Gimbe, identifica un approccio alla salute sistematico e integrato, basato sulla consapevolezza che la salute umana è strettamente legata alla salubrità degli alimenti, alla salute degli animali e dell'ambiente e al sano equilibrio del loro impatto sugli ecosistemi di tutto il mondo; in altre parole, l'approccio *One Health* riconosce che salute umana, animale e dell'ambiente sono interconnesse in maniera indissolubile, generando vulnerabilità nella salute globale, come dimostrato palesemente dalla pandemia di Covid-19;

proprio tenendo conto dell'approccio *One Health*, occorre affrontare il fenomeno della resistenza antimicrobica nell'ambito della salute umana e animale, in armonia con la Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2018 concernente il piano d'azione europeo «*One Health*» contro la resistenza antimicrobica, introducendo l'obbligo di riportare in tutte le prescrizioni di farmaci antibiotici, la diagnosi, la posologia e la durata della terapia, prevedendo una banca dati di tutte le prescrizioni di antibiotici e programmi di *screening* attivo con tecnologie diagnostiche rapide, al fine di individuare i pazienti infetti con batteri multifarmacoresistenti, predisponendo adeguate misure di controllo delle infezioni, e incentivando un sistema di confezionamento dei farmaci, con dosi unitarie o pacchetti personalizzati, al fine di evitare autoprescrizioni da parte dei cittadini;

riguardo la spesa farmaceutica, dato che essa rappresenta una tra le voci più consistenti della spesa sanitaria rientrante nel fabbisogno nazionale *standard*, dovrebbero essere introdotte più efficaci strumenti di monitoraggio per la *governance* ed il controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci; per raggiungere la sostenibilità della spesa farmaceutica sarebbe auspicabile la trasparenza sul prezzo e rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti dalle aziende e sul contributo pubblico oltreché una condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci; per sopperire alla carenza di farmaci dovrebbe sopperire un sistema di ricerca e produzione farmaceutica, compreso il ciclo di fornitura e distribuzione, di tipo pubblico;

il *dominus* della spesa sanitaria nelle strutture sanitarie è il direttore generale e sulla sua gestione manageriale occorre intervenire efficacemente; in tal senso sarebbe auspicabile prevedere precise ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento d'incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna da parte della Corte dei conti per fatti dolosi;

occorre rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare la decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale, in quanto la commistione tra le due sfere rappresenta la causa più rilevante delle inefficienze in questo settore; più in particolare occorre intervenire sul sistema vigente di conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario e di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di disciplinare le procedure di nomina, valutazione e decadenza in base a principi di trasparenza e di merito, azzerando la discrezionalità, in capo ai presidenti di regione, nella nomina dei predetti direttori;

occorre intervenire sull'inappropriato utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività

sanitarie e sociosanitarie. In particolare sarebbe auspicabile: rafforzare e uniformare il sistema di rilevazione del fabbisogno territoriale; garantire la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza in relazione alla determinazione del fabbisogno, all'elenco dei soggetti autorizzati e agli esiti delle attività ispettive; rafforzare e uniformare il piano di controlli assicurando procedure certe e scadenze nel tempo, garantendo la terzietà e indipendenza degli organi ispettivi; rafforzare e garantire il controllo e la vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, assicurando un rigoroso sistema sanzionatorio che contempli anche la revoca e la sospensione, in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali;

la sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale non può e non deve passare attraverso una compressione del diritto alla salute e non può passare attraverso la riduzione di risorse economiche e umane, né può tradursi in una privatizzazione di fatto, ma attraverso un'efficace smantellamento di tutte le diseconomie, gli sprechi e le sacche di opacità e corruzione che non possono essere risolte solo con accordi, protocolli o dichiarazioni d'intenti;

la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ha dato all'Italia la patente di uno dei migliori sistemi di salute pubblica al mondo e nonostante le successive riforme, ivi inclusa la riforma del titolo V della Costituzione, ne abbiano mutato sostanzialmente l'evoluzione e la struttura, ha consentito al nostro Paese di mantenere saldo il principio dell'universalità come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, ed in tal senso anche l'OMS ha considerato il Servizio sanitario nazionale del nostro Paese uno dei migliori al mondo per la correlazione esistente tra lo stato di salute della popolazione e il soddisfacimento dei bisogni assistenziali,

impegna il Governo:

1) a salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico attraverso un recupero integrale di tutte le risorse economiche necessarie, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il finanziamento congruo del Fondo sanitario nazionale, a cui aggiungere un rifinanziamento emergenziale necessario destinato al contenimento e alla terapia dei casi di coronavirus e patologie connesse e conseguenti, nell'ipotesi di impatto di una nuova ondata di Covid nell'anno 2023;

2) al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, ad introdurre indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 10 per cento a valere sull'intera quota, l'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istat, che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie;

3) a restituire centralità e unitarietà al Servizio sanitario nazionale, assumendo iniziative normative di rango costituzionale volte ad attribuire allo Stato, in via esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute;

4) a introdurre meccanismi idonei affinché, nel riparto delle risorse comunque destinate alla componente sanitaria e sociale, si tenga conto delle regioni italiane più in difficoltà nelle quali le carenze strutturali, le condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché le condizioni di deprivazione e di povertà sociale inevitabilmente determinano variazioni sui costi delle prestazioni;

5) al fine di garantire le esigenze di pianificazione e organizzazione del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, a prevedere che l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil non possa essere inferiore all'8 per cento e, conseguentemente, che il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato sia incrementato annualmente almeno di una percentuale pari al doppio dell'inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico, contraddistinto da una riduzione del prodotto interno lordo;

6) ad adottare iniziative volte a rivisitare e aggiornare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) ampliando le patologie riconosciute, semplificando i sistemi di approvvigionamento e fornitura ai beneficiari (protesi, ortesi ed ausili garantendone il massimo livello di qualità), assicurando progetti di assistenza

individualizzati, un'efficace ed effettiva integrazione sociosanitaria, la continuità di assistenza tra ospedale e territorio e l'adozione conseguente del nomenclatore tariffario;

7) a disincentivare ogni forma di sanità integrativa che non sia finalizzata all'esclusiva copertura di prestazioni non essenziali e non incluse nei livelli essenziali di assistenza;

8) a disincentivare la cessione della gestione dei bisogni d'assistenza compresi nei Lea a soggetti privati da parte delle aziende sanitarie e delle regioni, per prevenire il rischio di un'offerta dipendente da logiche di mercato e non più controllabile dal sistema sanitario pubblico;

9) ad adottare iniziative volte a garantire i livelli essenziali di assistenza anche attraverso percorsi personalizzati e vicini al cittadino oltreché adeguatamente accessibili, riordinando il sistema di accesso alle prestazioni nell'ottica di ridurre i tempi di attesa e disincentivando il ricorso alla sanità privata quale diretta conseguenza dell'inefficienza del Servizio sanitario nazionale, eliminando altresì ogni forma di spreco che derivi da una non appropriata organizzazione dei servizi e dell'assistenza, da una *governance* sanitaria non adeguata, da un mancato ammodernamento tecnologico e digitale del Servizio sanitario nazionale;

10) ad adottare iniziative volte a garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse umane di cui necessita, anche consentendo alle regioni di derogare al tetto di spesa per il personale sanitario, per un importo pari almeno al 15 per cento (attualmente è al 10 per cento) dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente;

11) ad investire adeguate risorse sulla formazione dei medici e del personale sanitario, programmando e ridefinendo percorsi formativi in relazione ai fabbisogni futuri di professionalità mediche e sanitarie e ai fabbisogni di assistenza alla popolazione, in particolare incrementando e valorizzando le figure professionali che operano sul territorio;

12) ad adottare iniziative in merito all'inappropriato utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale, intervenendo sulla classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn), ridefinendo il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (Drg) affinché le tariffe siano collegate anche ai risultati di qualità che vengono conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente (*patient-based*);

13) ad adottare iniziative volte a incrementare le risorse del Fsn al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente, e per quello convenzionato;

14) ad adottare iniziative efficaci e sistematiche volte a prevenire i meccanismi che possano favorire l'insorgenza di fenomeni di corruzione in ambito sanitario, dando altresì concreta attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza, in particolare al decreto legislativo n. 33 del 2013, e completando l'informatizzazione del Servizio sanitario nazionale, entro e non oltre le scadenze programmate dall'Agenda digitale, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione di referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e ai pagamenti *on-line*, in modo da poter verificare per ogni cittadino il progresso del percorso diagnostico terapeutico e il lavoro di coordinamento fra professionisti sanitari, evitando duplicazioni di prestazioni e ottimizzando la tempistica;

15) ad adottare iniziative atte a garantire la trasparenza sul prezzo e rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti dalle aziende e sul contributo pubblico oltreché una condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci;

16) ad adottare iniziative volte a rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare la decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale e conseguentemente garantire un Servizio sanitario che si basi unicamente sui bisogni;

17) ad adottare iniziative normative volte ad ampliare i requisiti di accesso per la nomina dei direttori generali, al fine di consentire di partecipare alle selezioni per far parte dell'elenco nazionale dei direttori

generali anche a coloro che hanno compiuto almeno sette anni di servizio nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, svolti in posizioni funzionali per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea magistrale, nonché l'aver conseguito i titoli, in *management* sanitario, di dottorato di ricerca, o di *master* di secondo livello, o di diploma di specializzazione, attribuendo un punteggio minore alla comprovata esperienza dirigenziale;

18) ad adottare iniziative volte a prevedere la revoca dell'incarico o il divieto di rinnovo di conferimento di incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna da parte della Corte dei conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose, per i direttori generali, i direttori amministrativi e di direttori sanitari, nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, per i direttori dei servizi socio-sanitari, delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale;

19) a garantire la trasparenza e l'economicità della spesa sanitaria, attraverso l'implementazione del vigente sistema di gestione che consenta di rilevare in tempo reale e attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, l'esistenza di anomalie negli acquisti, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, i titoli che hanno consentito qualsiasi pagamento o incasso, lo stato patrimoniale, i beni di inventario e le rimanenze di magazzino, nonché la movimentazione delle scorte, la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico, le fasi dell'esecuzione dei contratti, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, la contabilità separata dell'attività di *intramoenia*;

20) ad adottare iniziative volte a estendere l'applicabilità delle disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate o in regime di convenzionamento;

21) ad adottare iniziative volte a estendere l'applicabilità delle disposizioni sulla trasparenza di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013, già previste per la dirigenza pubblica, anche alla dirigenza sanitaria, includendovi anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario;

22) ad adottare iniziative per assicurare che i soggetti che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale siano tenuti a pubblicare nel proprio sito *internet* istituzionale i bilanci e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta dalle strutture pubbliche e private nonché il collegamento all'atto di determinazione del fabbisogno regionale di servizi sanitari che ciascuna regione dovrà adottare dando evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente, l'elenco dei soggetti autorizzati e gli esiti delle attività ispettive;

23) ad adottare iniziative volte ad imporre a tutti i soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni sanitarie, di alimentare il sistema informatico pubblico ed il fascicolo sanitario dei pazienti con i dati relativi alle prestazioni effettuate ed al loro contenuto;

24) ad adottare iniziative in merito all'inappropriato utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. In particolare, al fine di:

a) rafforzare e uniformare il sistema di rilevazione del fabbisogno territoriale;

b) garantire la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza in reazione alla determinazione del fabbisogno, all'elenco dei soggetti autorizzati e agli esiti delle attività ispettive;

c) rafforzare e uniformare il piano di controlli assicurando procedure certe e scadenze nel tempo, garantendo la terzietà e indipendenza degli organi ispettivi;

d) rafforzare e garantire il controllo e la vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, assicurando un rigoroso sistema sanzionatorio, che contempli anche la revoca e la sospensione, in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni;

e) uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali;

25) ad adottare iniziative volte a prevedere la rivisitazione del calcolo per la definizione dei posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando che il numero di posti letto di degenza ordinaria raggiunga almeno la media europea di circa 500 posti letto per 100.000 abitanti ed anche il numero di posti letto di terapia intensiva raggiunga almeno 25 posti per 100.000 abitanti, al fine di evitare che il nostro sistema sanitario possa nuovamente trovarsi impreparato dinanzi a nuovi eventi patologici epidemici o pandemici;

26) ad attivarsi per una politica efficace di prevenzione sull'uso degli antibiotici, dotando gli ospedali di servizi di microbiologia permanente, adottando iniziative efficaci che mirino a riportare in tutte le prescrizioni di farmaci antibiotici, la diagnosi, la posologia e la durata della terapia, prevedendo una banca dati di tutte le prescrizioni di antibiotici e programmi di *screening* attivo con tecnologie diagnostiche rapide al fine di individuare i pazienti infetti con batteri multifarmacoresistenti, predisponendo adeguate misure di controllo delle infezioni, e incentivando un sistema di confezionamento dei farmaci, con dosi unitarie o pacchetti personalizzati, al fine di evitare autoprescrizioni da parte dei cittadini;

27) ad adottare iniziative volte a dare completa e capillare attuazione alla legge n. 405 del 1975 sui consultori quali presidi indispensabili per l'integrazione socio-sanitaria e di prevenzione, garantendo che siano dotati di risorse economiche adeguate e di professionisti in grado di realizzare un approccio multidisciplinare compiuto, assicurando altresì una completa esigibilità dei diritti delle donne in relazione alla legge n. 194 del 1978 e su tutto il territorio nazionale, superando ogni problema organizzativo legato all'assenza diffusa di personale sanitario non obiettore;

28) ad adottare iniziative volte a dare completa attuazione al Piano nazionale della cronicità, migliorare la qualità e accessibilità dell'assistenza primaria e la qualità dell'assistenza domiciliare integrata e a migliorare la qualità, l'accessibilità e l'equità dell'assistenza garantita alle persone con malattia rara. (1-00051) «Sportiello, Quartini, Marianna Ricciardi, Di Lauro, Auriemma, Pavanelli, Morfino, Carotenuto, Amato, Giuliano, Barzotti, L'Abbate, D'Orso, Aiello, Carmina, Ilaria Fontana, Raffa, Dell'Olio, Sergio Costa».

(27 gennaio 2023)

La Camera,

premessi che:

circa quarantacinque anni fa, grazie a Tina Anselmi, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha istituito il Servizio sanitario nazionale, i cui principi cardine sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità e il cui obiettivo è la tutela della salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», in ossequio all'articolo 32 della nostra Costituzione, nonché la promozione, il mantenimento e il recupero «della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini»;

la sanità pubblica italiana rappresenta ancora oggi, in Europa e nel mondo, un vero e proprio modello di tutela della salute, che ha garantito agli italiani, nel corso degli anni, il miglioramento delle condizioni di vita, la riduzione delle patologie, maggiore longevità e benessere e una risposta collettiva ai bisogni di salute e di vita di cittadini, famiglie e società nel suo complesso;

questo sistema oggi deve dare risposta a sfide e sollecitazioni nuove, anche legate al cambiamento demografico del nostro paese con l'invecchiamento della popolazione e la conseguente necessità di presa in carico della cronicizzazione delle malattie;

sono diverse le criticità che affliggono il nostro Servizio sanitario nazionale, tra cui non può non richiamarsi il divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole regioni, legato sia alla diversa dotazione infrastrutturale, sia a capacità di programmazione e gestionali non omogenee; l'insufficiente compensazione del ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli

territoriali, soprattutto in alcune zone del Paese; le lunghe liste d'attesa, esplose nella fase pandemica che ha di fatto sospeso la presa in carico delle altre malattie, con effetti derivanti dalla mancanza di *screening* ancora non prevedibili nel medio-lungo periodo; l'ingente spesa privata dei cittadini, che ha raggiunto più di 40 miliardi all'anno comprensivi del costo per servizi socio-sanitari necessari per gestire patologie croniche, con un'incidenza della spesa sanitaria *out of pocket* del 22 per cento rispetto a una media europea del 15 per cento (dati Eurostat); la carenza di personale e, non ultimo, l'assenza di investimenti e programmi di spesa di prospettiva nel settore;

la riforma del Titolo V ha comportato la creazione di 21 Sistemi sanitari regionali (Ssr) con situazioni di continui *deficit*, un alto livello di frammentazione ed eterogeneità, e differenze notevoli sia per quanto riguarda l'accesso alle cure sia per la qualità dell'assistenza sanitaria;

la mancanza di un piano coordinato di assistenza territoriale che garantisca ovunque servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente impedisce una presa in carico integrata della popolazione differenziata per fasce d'età e l'implementazione di quella «medicina personalizzata» che rappresenta una sfida del futuro; una delle conseguenze più evidenti è il sovraccarico dei pronto soccorso e della medicina d'urgenza, che merita quindi una riorganizzazione integrata;

per quanto concerne le liste d'attesa, in particolare, il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 ha stabilito i tempi massimi d'attesa che le regioni si sono impegnate a rispettare per le prestazioni ambulatoriali, visite specialistiche e prestazioni strumentali, definendoli secondo criteri di priorità: «urgente» (U), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; «breve» (B) da eseguire entro 10 giorni; «differibile» (D) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; «programmata» (P) da eseguire entro 120 giorni;

dette tempistiche risultano costantemente disattese, rendendo plasticamente anche la forte disomogeneità nell'efficacia del Servizio sanitario nazionale su tutto il territorio nazionale: esse non vengono rispettate, in media, una volta su tre (nelle regioni del Nord) e due volte su tre (nelle regioni del Sud); i dati mostrano che in media bisogna attendere 23 mesi per una mammografia, 12 per una Tac, 6 per la risonanza magnetica;

il Rapporto civico sulla salute di Cittadinanzattiva sottolinea come nel 2021 almeno l'11 per cento delle persone abbia rinunciato a visite ed esami diagnostici e/o specialistici per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, con punte superiori al 18 per cento in alcune regioni quali la Sardegna, comunque non distanti dai livelli di «rinuncia» di Abruzzo, Lazio e Molise; lo stesso rapporto denuncia che per alcune diagnostiche si possono raggiungere anche i due anni di attesa;

nonostante la lieve ripresa degli ultimi due anni, i volumi delle prestazioni sanitarie non sono ancora tornati ai livelli pre-pandemici, né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti, portando a 2,9 milioni il numero di mancati ricoveri registrati tra il 2020 e il 2021, biennio già segnato da una riduzione del 26 per cento delle ospedalizzazioni e del 44 per cento dei ricoveri programmati rispetto ai valori pre-COVID-19;

secondo il *Report Osservatorio Gimbe 1/2021*, tra il 2020 e il 2019 la riduzione complessiva delle prestazioni sanitarie si attesta su un valore di -144,5 milioni - di cui la maggior parte (90,2 per cento) in strutture pubbliche - mentre i dati Agenas-MeS Sant'Anna di Pisa mostrano una diminuzione media del 40 per cento delle attività di screening per condizioni cliniche il cui esito è fortemente condizionato dalla tempestività della diagnosi (esempio mammografie);

ciò incide negativamente su un sistema di prevenzione tradizionalmente carente in ragione della mancanza di risorse finanziarie, umane e strumentali adeguate, cui si potrebbe dare risposta attraverso l'elaborazione di un piano nazionale pluriennale di interventi nel campo della prevenzione, differenziando gli stessi in interventi «primari» (volti a prevenire l'insorgere della patologia), «secondari» (volti a garantire diagnosi precoci) e «terziari» (volti a prevenire complicanze o danni ulteriori rispetto alla patologia già individuata);

i lunghi tempi d'attesa non riguardano solo le tempistiche relative alla diagnosi, ma anche quelle relative agli interventi terapeutici e assistenziali-riabilitativi, che vengono posti in essere con ritardi che spesso finiscono inesorabilmente per aggravare il quadro clinico del paziente;

si registrano criticità anche sul piano dell'assistenza di lungo termine prestata nelle strutture ospedaliere, che è scesa, del 2,5 per cento annuo, dal 2012 al 2021, confermando le difficoltà del Servizio sanitario nazionale di garantire cure e assistenza con continuità e al di là di un orizzonte emergenziale;

dal 2010 il personale a tempo indeterminato impiegato nel Servizio sanitario nazionale è diminuito di 25.641 unità (di cui circa 8.000 infermieri) e l'Ufficio parlamentare di bilancio ha evidenziato come la situazione dei servizi di pronto soccorso – e non solo – risulti ormai difficilmente sostenibile; anche per quanto riguarda gli infermieri, il tasso di infermieri attivi in rapporto alla popolazione residente è sensibilmente più basso rispetto alla media europea;

secondo le stime di SalutEquità nei prossimi anni la carenza di personale sanitario può stimarsi in circa 25.000 medici e 63.000 infermieri, indebolendo ulteriormente un sistema sanitario che, in ragione della crisi della natalità, sarà chiamato a rispondere a una popolazione che nel 2050 sarà costituita, per circa l'8 per cento, da persone con più di 85 anni;

l'assenza di risorse, il tasso di *turnover* negativo, i pensionamenti e le politiche di «pre-pensionamento» (Quota 100, Quota 103 *in primis*) hanno determinato una situazione fortemente critica a livello di organico; considerando che il nostro Paese si distingue per un'età media anagrafica più avanzata dei medici attivi (più del 56 per cento dei medici ha più di 55 anni), come affermato dall'Ufficio parlamentare di bilancio «[l]'effetto di "Quota 100" nel settore della sanità, e in maniera particolare nel Mezzogiorno..., è purtroppo coinciso con il sovraccarico di lavoro che il personale ospedaliero ha dovuto fronteggiare nelle fasi più acute della pandemia da COVID-19, soprattutto nella prima metà del 2020»;

la mancanza di risorse per immettere in servizio nuovo personale si deve anche alle misure di contenimento delle assunzioni adottate nelle regioni in piano di rientro, che negli anni ha aggravato un (già grave) percorso di riduzione del personale, privando detti enti territoriali della possibilità anche solo di compensare i pensionamenti, che per il solo prossimo quinquennio sono stimati in 21.050 unità per gli infermieri e 29.331 unità per i medici;

la difficoltà di immettere nuovo personale in ruolo è dovuta anche alla scarsa attrattività economica, di alcune professioni sanitarie e infermieristiche, che portano sia al depauperamento dell'organico che al mancato avvio, *in apicibus*, dei percorsi di specializzazione medica universitaria nei settori più scoperti, pregiudicando l'erogazione delle relative prestazioni per i pazienti; gli stipendi degli infermieri sono pari a 1.410 euro al mese, ben distanti dalla media europea di 1.900 euro mensili;

la cronica carenza di personale, nonché l'insufficienza del numero di posti letto negli ospedali, che ha registrato una progressiva diminuzione dal 1998 al 2018 (da 5,8 a 3,2 per 1.000 abitanti, su una media europea pari a 5), ha pregiudicato fortemente non solo la capacità del Servizio sanitario nazionale di rispondere alla pandemia, ma anche la possibilità di offrire risposte globali e tempestive a tutti i pazienti, acuendo richiamati (e drammatici) fenomeni sanitari e sociali della rinuncia alle cure, dell'aumento delle liste d'attesa e della mobilità passiva non fisiologica;

la mancanza di risorse adeguate è un problema che si riscontra anche nel campo della spesa farmaceutica e per i dispositivi a carico degli ospedali, con un impatto negativo sulla cura di patologie gravi come quelle oncologiche;

è inoltre indispensabile implementare campagne informative nonché l'organizzazione di vaccinazioni strategiche oltre a quelle già obbligatorie, quali i vaccini anti-influenzali e quelli che prevengono l'insorgere di patologie tumorali come l'Hpv, anche tramite la rete territoriale dei medici e dei pediatri di base e delle farmacie;

l'esperienza della pandemia ha messo in evidenza la necessità di strutture un servizio di prevenzione e cura nell'ambito della salute mentale e di supporto anche di carattere psicologico nelle patologie gravi, con particolare riferimento a disturbi del comportamento alimentare; in tale contesto, è urgente attuare la legge 7 aprile 2022, n. 32 (cosiddetto «*Family Act*»), che all'articolo 2, comma 2, lettera d), prevede «ulteriori misure di sostegno e contributi vincolati alle famiglie per le spese sostenute per i figli con disabilità, con patologie fisiche o psichiche invalidanti, compresi i disturbi del comportamento alimentare, ovvero con disturbi specifici dell'apprendimento o con bisogni educativi speciali, comprese le spese di cura e di riabilitazione e

per attività terapeutiche e ricreative svolte da soggetti accreditati, fino al completamento della scuola secondaria di secondo grado»;

i servizi socio-sanitari nel nostro Paese devono essere implementati anche grazie alle risorse del PNRR, dando riconoscimento e strumenti agli enti del terzo settore che operano a livello territoriale, integrando in modo prezioso dei servizi offerti dal pubblico;

per salvaguardare il Servizio sanitario nazionale e garantire personale e strumentazione è dunque indispensabile stanziare nuove risorse, prestando un sostegno concreto a tutte le strutture e le professionalità che si impegnano, nonostante le difficoltà ad adoperarsi per proteggere la salute dei cittadini; in Italia la spesa in sanità in rapporto al Pil è inferiore di 1,3 punti percentuali rispetto alla media europea, di 3 rispetto alla Germania e di 2,5 rispetto alla Francia; considerando la spesa sanitaria *pro capite*, il valore italiano (euro 2.473) è inferiore rispetto ai principali Paesi europei e alla media Ocse (euro 2.572);

al contrario, la legge di bilancio 2023 ha previsto, per il triennio 2023-2025, un percorso di riduzione della spesa in percentuale pari allo 0,38 per cento nel 2023, 0,30 per cento nel 2024 e 0,38 per cento nel 2025, in particolare prevedendo una riduzione di 51 milioni di euro per l'anno 2023 e 51,6 milioni di euro per l'anno 2024 dei finanziamenti previsti per il programma di ricerca per il settore della sanità pubblica, nonché una riduzione di 7,6 milioni di euro nel 2023, 11,2 milioni di euro nel 2024 e 14 milioni di euro nel 2025 per la vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure;

gli stanziamenti previsti (2,15 miliardi di euro per il 2023) sono stati rivolti interamente al contrasto dell'aumento dell'inflazione e dei costi dell'energia (1,4 miliardi di euro), nonché all'acquisto dei vaccini e farmaci per la cura del COVID-19 (650 milioni di euro), senza alcuna prospettiva di sostegno, investimento e rilancio in un settore fondamentale per il nostro ordinamento costituzionale;

risulta del tutto assente, dall'orizzonte della programmazione finanziaria, il potenziamento del sistema sanitario e anzi le proiezioni di spesa elaborate dal Governo prevedono un percorso di riduzione, in percentuale del Pil, che passa dal 7 per cento del 2022 al 6,1 per cento nel 2025;

sotto questo versante, peraltro, va ricordato come lo scoppio della pandemia abbia comportato un forte aumento della spesa sanitaria pubblica, che è passata da un incremento medio annuo dello 0,9 per cento dal 2012 al 2019, al 5 per cento medio annuo tra il 2020 e il 2021, a conferma di quanto le nuove sfide globali disvelate dalla pandemia impongano agli stati di rafforzare e mettere in sicurezza i propri sistemi sanitari;

proprio per dare risposta a tale emergenza, l'Eurogruppo del 9 aprile 2020 ha dato avvio al *Pandemic crisis support*, cioè un programma di supporto finanziato attraverso il Meccanismo europeo di stabilità (cosiddetto Mes sanitario) che consentiva agli Stati membri di accedere a finanziamenti agevolati volti a supportare i maggiori costi sanitari sopportati per lo scoppio della pandemia;

lo scorso 31 dicembre 2022 è scaduto il termine per accedere al predetto Mes sanitario ed è quindi sfumata la possibilità di ottenere i circa 37 miliardi di euro la cui unica condizionalità sarebbe stata l'utilizzo di tali risorse esclusivamente per sostenere il finanziamento, diretto e indiretto, del Servizio sanitario nazionale;

dette risorse avrebbero rappresentato puro ossigeno per il nostro sistema sanitario, che versa in condizione critiche sotto molteplici aspetti sopra solo accennati e che ora risulta pure fortemente provato dagli sforzi (abnormi) profusi nel corso della pandemia per salvaguardare, costantemente e nonostante tutte le difficoltà, il primario e universale diritto alla salute;

preconcetti ideologici e *fake news* non possono in alcun modo giustificare l'assenza di risorse e risposte rispetto alle esigenze di cura e assistenza di cittadini e famiglie: proprio per tale ragione appaiono improcrastinabili interventi volti a potenziare il Servizio sanitario nazionale e che si propongono di ricollocare al centro delle priorità del Paese la tutela della salute, vero e proprio cardine del nostro sistema di *welfare* e del nostro stato sociale,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per reperire le risorse finanziarie necessarie a rispondere alle criticità richiamate in premessa, volte, in particolare, a escludere qualsiasi forma di definanziamento del Servizio sanitario nazionale sul breve, medio e lungo periodo, incrementando l'organico medico e infermieristico e riducendo i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e per gli interventi terapeutici e assistenziali-riabilitativi, che pregiudicano direttamente il fondamentale diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e il carattere universale del sistema sanitario nazionale nel suo complesso;
- 2) ad adottare iniziative volte ad aumentare personale medico e infermieristico, favorendo nuove immissioni in ruolo con compensi e formazione adeguata e organizzando in modo adeguato l'attività lavorativa e, al contempo, favorire l'aggiornamento delle professionalità operanti nel Servizio sanitario nazionale, senza disperdere le esperienze acquisite e procedendo, senza indugio, all'avvio di un percorso di stabilizzazione che si proponga di eliminare il precariato nelle professioni sanitarie;
- 3) ad adottare iniziative di competenza per assicurare maggiore attrattività alle professioni sanitarie, incrementando le remunerazioni e le indennità specifiche, ma anche rafforzando le tutele contrattuali al fine di tenere in debita considerazione le peculiarità del comparto, sia al fine di scongiurare la carenza di personale in generale, sia per evitare l'afflusso delle nuove professionalità verso specializzazioni considerate maggiormente redditizie;
- 4) a dare piena attuazione, per quanto di competenza, ai piani nazionali approvati in sede ministeriale ed europea, in coerenza con le indicazioni dell'OMS, a partire dall'eliminazione delle liste di attesa e dalla riorganizzazione degli strumenti di prevenzione e *screening*;
- 5) ad adottare iniziative per prevedere un piano di potenziamento della sanità e dell'assistenza territoriale, in coerenza con gli investimenti previsti nel PNRR, introducendo strumenti innovativi di medicina personalizzata e telemedicina, anche tramite la completa attuazione del fascicolo sanitario elettronico;
- 6) ad adottare, anche alla luce del punto precedente, un piano nazionale di edilizia ospedaliera che comporti il rinnovamento delle strutture sanitarie, considerando che il 60 per cento delle strutture ha più di 40 anni e la metà è di dimensioni troppo piccole, anche al fine rafforzare le strutture dedicate e agevolare l'assistenza di parenti e congiunti, nonché per agevolare l'implementazione delle più avanzate tecniche mediche, della medicina di precisione e personalizzata.
- 7) ad adottare un piano di riorganizzazione e risanamento della medicina d'urgenza e a strutturare un piano efficace di presa in carico delle malattie croniche attraverso l'avvio della rete di ospedali di comunità previsti nel PNRR;
- 8) a superare il meccanismo del *payback* sui dispositivi e sui farmaci;
- 9) ad adottare iniziative per garantire il pieno utilizzo delle risorse dedicate ai farmaci innovativi, continuando a sostenere la ricerca e la produzione farmaceutica nel nostro Paese, e ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza (Lea), anche per la presa in carico delle malattie rare di cui alla legge 10 novembre 2021 n. 175;
- 10) a portare avanti una campagna di informazione ed una efficace organizzazione del sistema vaccinale, anche per garantire gli impegni assunti con l'OMS per la vaccinazione contro l'Hpv;
- 12) a portare avanti un piano strutturato di servizi territoriali per la presa in carico della salute mentale, anche in collaborazione con il sistema scolastico ed educativo, e ad adottare i decreti attuativi di cui alla legge n. 32 del 2022 per il rimborso alle spese sostenute dalle famiglie per i figli con disabilità, con patologie fisiche o psichiche invalidanti, compresi i disturbi del comportamento alimentare, ovvero con disturbi specifici dell'apprendimento o con bisogni educativi speciali, comprese le spese di cura e di riabilitazione svolte da soggetti accreditati;

13) ad adottare le iniziative di competenza volte a includere l'organizzazione e il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nella discussione in materia di riforme costituzionali attualmente in corso.
(1-00061) «Bonetti, Richetti, Grippo, Enrico Costa, Gadda, Del Barba, Marattin, Sottanelli, Ruffino».

(3 febbraio 2023)

La Camera,

premessi che:

la difesa del diritto alla salute, obiettivo prioritario delle Nazioni più evolute, mette ancora oggi in evidenza un Sistema sanitario nazionale caratterizzato da profonde criticità, amplificate per effetto della pandemia ancora non completamente debellata;

per questo motivo, considerata la necessità di iniziative concrete correlate a specifici e ulteriori finanziamenti, l'attuale manovra ha destinato alla sanità 2 miliardi e 150 milioni in più per il 2023, 2 miliardi e 300 milioni in più per il 2024, e ben 2 miliardi e 600 milioni in più per il 2025 rispetto a quanto previsto in precedenza, realizzando una chiara inversione di tendenza, considerando che dal 2013 al 2019 il Fondo sanitario è sempre stato defianziato da tutti i Governi che si sono succeduti in quegli anni, mentre nel 2020 l'incremento è stato dovuto alla pandemia da COVID-19;

l'ultimo rapporto della Fondazione Gimbe dedicato al Servizio sanitario nazionale ha evidenziato che nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al Servizio sanitario nazionale circa 37 miliardi, mentre l'aumento nominale del fabbisogno sanitario è stato di soli 8,8 miliardi, con un incremento medio annuo dello 0,9 per cento inferiore a quello dell'inflazione (+ 1,07 per cento; la pandemia da COVID-19 ha poi aggravato ulteriormente l'emergenza sanitaria, aumentando le fragilità del nostro Servizio sanitario nazionale ed evidenziando la carenza di strutture, di personale e le disomogeneità regionali;

come evidenziato dal *report* Osservatorio Gimbe 2 del 2022, relativo a «Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità», rispetto al mantenimento dell'erogazione dei Lea il nostro Paese presenta inaccettabili disuguaglianze regionali: gli adempimenti Lea 2018, valutati tramite il questionario Lea, infatti, documentano che, solo cinque regioni (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Marche e Toscana) sono adempienti per almeno l'80 per cento delle 43 valutazioni;

il taglio delle risorse destinate alla sanità, ovviamente, ha prodotto degli effetti anche in relazione al deterioramento delle strutture ospedaliere; nel nostro Paese, dopo il 2009, il calo del numero dei posti letto generici è stato più forte che all'estero: i dati del Ministero della salute indicano che tra il 2010 e il 2018 i posti letto fra strutture pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale sono scesi del 13,7 per cento in termini assoluti e del 15,5 per cento in rapporto alla popolazione;

nello specifico in Italia hanno chiuso i battenti 11 aziende ospedaliere, 100 ospedali a gestione diretta, 113 pronto soccorso (di cui 10 pediatrici) e sono state disattivate 85 unità mobili di rianimazione: chiusure che hanno implicato la perdita di quasi 37 mila posti letto, dei quali 28 mila ordinari e quasi 10 mila di *day hospital*;

è opportuno evidenziare che già prima dell'emergenza sanitaria, nel 2018, del resto, i dati nazionali rivelavano che solo il 2,9 per cento della popolazione anziana avesse ricevuto interventi, con una media di 18 ore di trattamento all'anno invece delle 240 ore circa che i riferimenti internazionali stimano necessarie, nonché le marcate disparità regionali nell'offerta dell'assistenza domiciliare integrata;

recenti rilevazioni Istat prevedono che tra il 2015 e il 2065 la popolazione di età superiore ai 65 anni crescerà dal 21,7 per cento al 32,6 per cento, con il 10 per cento di età superiore agli 85 anni, in modo che l'indice di vecchiaia della popolazione, cioè il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni), si incrementerà da 157,7 a 257,9;

sia a livello internazionale che nazionale è stata riconosciuta la necessità di una visione olistica *One Health* – basata sul riconoscimento del fatto che la salute umana è fortemente legata alla salute degli

animali e dell'ecosistema – che tenga conto delle interconnessioni tra diverse discipline e alla quale ispirare gli interventi in materia di salute umana;

la pandemia di COVID-19 ha evidenziato che crisi sanitarie innescate da singoli agenti coinvolgono, in realtà, molteplici fattori – socio economici, ambientali e culturali – che influiscono sulle comunità in misura ben più ampia di quanto strettamente connesso alle conseguenze biologiche del menzionato singolo agente, tanto da aver portato numerosi studiosi a definire la pandemia di COVID-19 una sindemia proprio per le interazioni aggregate o sinergiche con altre condizioni sanitarie, socio-economiche e ambientali avverse;

si rileva la necessità della definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale basato non esclusivamente sulla creazione di nuove strutture, ma anche sulla valorizzazione e riqualificazione di quelle già esistenti nonché su un congruo investimento sulle figure professionali;

in particolare, a livello strutturale, appare opportuno recuperare e ammodernare strutture esistenti ed eventualmente dismesse nonché, in una visione ospedalocentrica, valorizzare il ruolo del farmacista e delle farmacie dei servizi, pubbliche e convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, uniformando a livello nazionale le modalità di erogazione dei farmaci e superando gli attuali sistemi di distribuzione per conto regionali verso un modello a tariffa unica che consenta, di conseguenza, il superamento della logica dei silos per la spesa farmaceutica; queste, infatti, possono costituire un ottimo supporto all'interno del sistema sanitario territoriale, ponendosi quali «unità elementari sanitarie» in grado di intercettare e assistere direttamente i bisogni di salute di bacini di utenza e fungendo così da «demoltiplicatore» rispetto alle attività assicurate dalle cosiddette «Case della Salute» e dai poli ospedalieri di riferimento e garantire la presa in carico dei pazienti cronici;

altro grande tema della riorganizzazione e dei processi di gestione inerenti la sanità è quello riguardante le liste d'attesa dei ricoveri programmati, il Servizio sanitario paga ancora oggi le conseguenze della pandemia e della difficoltà nel recupero delle liste di attesa, a tal proposito si ritiene improcrastinabile attivare gli strumenti che consentano di potenziare i processi burocratici del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda, all'inserimento nella lista d'attesa, all'accesso al ricovero fino alla sua dimissione, attraverso il miglioramento della *governance* aziendale e regionale;

si rileva la necessità, al fine di potenziare l'offerta complessiva del fabbisogno sanitario, di focalizzare l'attenzione sulla costruzione di una efficace rete territoriale di assistenza sanitaria basata anche sullo sviluppo della telemedicina, che supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure;

il sostegno allo sviluppo della telemedicina si rende necessario anche per venire incontro ai responsabili dell'assistenza sanitaria ai diversi livelli che si trovano sempre a dover bilanciare i vantaggi dell'innovazione della tecnologia medica con gli aspetti pratici del controllo della spesa sanitaria. I progressi nella scienza medica sono determinati da investimenti e ricerche significativi nei settori pubblico e privato, portando nuove innovazioni alle popolazioni e guidando una medicina più predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa;

risulta inoltre fondamentale creare sistemi di lettura integrata dei dati, sanitari e amministrativi, attraverso strumenti di intelligenza artificiale, al fine di dare reale attuazione alle scelte strategiche, in sanità basate sui dati, che spostino gli investimenti a monte del processo di cura superando così la logica dei silos in sanità;

l'utilizzo della *real word evidence* deve garantire l'evoluzione dell'attuale sistema di prezzo e rimborso dei farmaci verso un processo trasparente, rapido, riproducibile, che valorizzi l'innovazione attraverso un sistema di *premium pricing* e che supporti l'utilizzo di strumenti di rimborso condizionato alla reale efficacia del farmaco nella pratica clinica;

l'accesso precoce all'innovazione farmacologica deve essere garantito attraverso un nuovo modello di *early access* che superi gli attuali strumenti parziali verso un sistema che supporti l'innovatività potenziale, in particolare per patologie senza alternative terapeutiche dal forte impatto sociale come l'Alzheimer. Si

stima infatti che in Italia oltre un milione di persone sia affetto da demenze e circa settecentomila da malattia di Alzheimer, con costi associati alla presa in carico di oltre 15 miliardi di euro e in gran parte a carico delle famiglie;

rispetto al tema dell'innovazione si ritiene fondamentale essere coscienti che il futuro della ricerca è ormai un elemento che si è concretizzato nell'arrivo imminente delle terapie digitali (DTx), che sono state sviluppate nell'ambito del sistema nervoso centrale, dei disturbi mentali, Alzheimer, demenze e disturbi motori. A tal proposito si rinforza la necessità di un *early access* e di un *fast track*, fondamentali data la natura di velocità innovativa di queste terapie;

è inoltre necessario, soprattutto per patologie ad alta complessità clinica ed assistenziale come la malattia di Alzheimer, il rafforzamento delle strutture diagnostico-terapeutiche tramite investimenti mirati sui centri per i disturbi cognitivi e le demenze (Cdcd) e il potenziamento delle risorse umane dedicate;

come ha evidenziato il Ministro della salute intervenendo in audizione alla Camera sulle linee programmatiche del suo Dicastero, è necessario attuare quanto contenuto nel decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, inerente il regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, ma soprattutto e in via prioritaria è necessario intervenire per garantire alle regioni le risorse necessarie ad assicurare la piena attuazione e funzionalità della riforma, soprattutto in riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. È di tutta evidenza, infatti, la non congruità delle risorse sugli standard dell'assistenza territoriale, perché da un lato il PNRR non risolve la questione della carenza del personale, non rappresentando lo strumento idoneo al finanziamento di spese correnti continuative, dall'altro si pone uno specifico problema di sostenibilità economica della realizzazione delle Case della comunità e degli ospedali di comunità con il rischio che diventino cattedrali nel deserto in assenza del personale sufficiente per renderli operativi;

tuttavia, il reiterarsi negli ultimi anni delle manovre finanziarie di contenimento della spesa ed in particolare dei vincoli assunzionali, soprattutto nelle regioni in piano di rientro sanitario, ha finito per determinare nel tempo una grave carenza di personale in ambito sanitario che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro, rendendo sempre più difficile assicurare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure. Inoltre, le limitazioni al *turnover*, dettate da esigenze di contenimento della spesa sanitaria, hanno finito per avere importanti ricadute in termini di qualità del sistema, ostacolando il passaggio di quella conoscenza esperienziale tra generazioni che dovrebbe caratterizzare il rapporto lavorativo tra i professionisti più anziani;

in questo quadro, la contrazione di risorse disponibili ha finito per generare nel medio periodo una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture, che, soprattutto in riferimento ad alcuni settori maggiormente critici, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi;

a livello organico, invece, di fronte alla carenza di medici che la pandemia ha messo in evidenza occorre investire sulla formazione, formazione coerente con l'innovazione, e sull'assunzione di personale medico e di altri professionisti sanitari; si ritiene che le professioni dovranno essere disciplinate con riforme apposite e di sistema, intese, tra le altre cose, a restituire centralità ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che, conoscendo la storia sanitaria della famiglia del paziente, fungono da *trait d'union* tra il cittadino e la sanità;

questa condizione di carenza di personale si registra anche nell'ambito della medicina di urgenza: oltre ai pensionamenti, la medicina d'urgenza sembra essere in crisi per il mancato cambio generazionale: i concorsi vanno deserti in tutte le regioni italiane e nell'anno accademico 2021/2022 circa la metà delle borse di studio della specialità di emergenza-urgenza non sono state assegnate per disinteresse dei neolaureati, un dato confermato anche dalla Società italiana della medicina di emergenza-urgenza, che ha rilevato come la scarsa attrattiva che la disciplina ha sui giovani laureati è stata evidenziata da una scuola di specialità che registra abbandoni, di anno in anno superiori, e borse di studio non assegnate;

si evidenzia a tal proposito e in merito ad alcuni specifici corsi di specializzazione che, negli ultimi anni, nonostante l'incremento progressivo delle risorse per i contratti di formazione medico specialistica, si è registrata una vera e propria fuga da alcune specialità, che sono diventate sempre meno attrattive a

discapito dell'evoluzione scientifica e tecnica del sistema sanitario nazionale che deve rispondere ad esigenze sempre più complesse;

a ciò si aggiunge che la pandemia ha probabilmente contribuito a determinare l'accentuazione del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti, e tutto ciò ha fatto sì che sempre più professionisti sanitari preferiscono non legarsi a un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, prediligendo forme d'ingaggio atipiche, anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate;

è necessario evidenziare inoltre la situazione, aggravata con la pandemia, in cui sono costretti ad operare all'interno dei dipartimenti di salute mentale, sottoposti a condizioni drammatiche acute da problematiche sociali ed economiche che rendono sempre più difficile l'erogazione delle prestazioni necessarie; occorrono iniziative concrete e immediate sul territorio per ricucire la rete pubblica dei DSM, sempre più sfilacciata, al fine di poter realizzare una salute mentale comunitaria, in grado di dare risposte integrate ai diversi aspetti biologici, psicologici e sociali;

occorre, infine, superare il meccanismo di *payback* per i dispositivi medici introdotto con la manovra finanziaria 2015, e le problematiche ad esso correlate, che potrebbero ostacolare l'attività di centinaia di imprese che distribuiscono a tutti gli ospedali del Paese dispositivi salvavita, oltre che il meccanismo di *payback* per i farmaci introdotto dalla manovra finanziaria 2007, causa ogni anno di contenziosi e controversie,

impegna il Governo:

- 1) a mettere in campo ogni iniziativa volta ad assicurare l'adeguata ripartizione e le risorse finanziarie necessarie atte a sostenere il finanziamento dei costi di funzionamento dell'offerta sanitaria e nello specifico: il potenziamento degli ospedali, l'assistenza domiciliare estesa, le case e gli ospedali della comunità, le spese per il personale, gli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza, il costo dell'assistenza domiciliare;
- 2) ad adottare le opportune iniziative, anche normative, necessarie a garantire lo sviluppo di una migliore assistenza territoriale con promozione della telemedicina e del telemonitoraggio domiciliare per decongestionare gli ospedali, anche collocando la televisita all'interno di un percorso clinico che preveda l'alternanza di prestazioni in presenza e prestazioni a distanza;
- 3) ad assicurare le iniziative necessarie atte a introdurre modelli per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda, all'inserimento nella lista d'attesa, all'accesso al ricovero fino alla sua dimissione, potenziando gli strumenti funzionali al miglioramento della *governance* aziendale e regionale delle liste d'attesa;
- 4) a promuovere, nel rispetto dei vincoli di bilancio, per quanto di competenza, lo sviluppo di modelli predittivi e proattivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio dei fattori di rischio e la gestione integrata di patologie croniche o altre situazioni complesse derivanti anche da condizioni di fragilità e disabilità, anche mediante lo stanziamento di nuove risorse economiche e/o di incentivi a supporto dei farmaci innovativi con l'eventuale prolungamento dello stato d'innovatività di uno o due anni aggiuntivi;
- 5) a sostenere e promuovere protocolli di accoglienza, presa in carico e cura avanzata per le persone con disabilità intellettiva e relazionale all'interno dei percorsi sanitari e sociosanitari affrontando altresì in modo determinato i problemi della salute mentale, anche attraverso una riorganizzazione sul territorio e per le emergenze, e avviando un percorso concreto che consenta alle regioni di attuare fin dal 2023 un piano straordinario di assunzioni, secondo gli standard per l'assistenza territoriale dei servizi di salute mentale;
- 6) nell'ambito della progressiva definizione di un sistema di prevenzione e diagnosi precoce, ad adottare iniziative, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, per predisporre o incrementare sul territorio nazionale il numero di centri di screening per la diagnosi di patologie e disturbi;

- 7) nel rispetto dei vincoli di bilancio, realizzare un programma pluriennale di *screening* su base nazionale nella popolazione pediatrica per l'individuazione degli anticorpi del diabete di tipo 1 e della celiachia;
- 8) ad adottare le iniziative di competenza volte a superare lo stallo nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, i quali, oggi più che mai, hanno il ruolo di garanzia dell'unitarietà del sistema e di tutela del diritto costituzionale alla salute;
- 9) nel rispetto dei vincoli di bilancio, ad adottare iniziative per prevedere la deducibilità delle spese sostenute da soggetti esercenti attività d'impresa, arti e professioni, dalle piccole e medie imprese o dai titolari di partita Iva operanti nell'ambito sanitario nel territorio dello Stato per l'attivazione o il potenziamento dei sistemi di teleassistenza o telemedicina;
- 10) ad adottare le iniziative necessarie a garantire la piena operatività del Fascicolo sanitario elettronico e la digitalizzazione dei dati sanitari, corredandolo del cosiddetto «dossier farmaceutico», che ripercorre la storia farmaceutica di ogni paziente e la rende fruibile a tutto il sistema sanitario, garantendo l'integrazione di dati sanitari e amministrativi a livello nazionale;
- 11) a prevedere un piano nazionale di formazione tecnologica per il personale sanitario al fine di promuovere le competenze tecniche, di massimizzare le potenzialità dell'utilizzo di tecnologie digitali, di migliorare l'efficienza e l'accessibilità ai servizi sanitari;
- 12) a prevedere, per quanto di competenza, interventi volti a garantire ai cittadini, la connettività adeguata e il *setting* appropriato allo sviluppo della telemedicina;
- 13) a promuovere e sostenere piani strategici nazionali volti all'adozione di un approccio olistico *One Health* – come riconosciuto anche dalla Commissione europea e da tutte le organizzazioni internazionali che operano in materia di salute umana – al fine di acquisire nuovi strumenti e nuove metodologie per confrontarsi con le sfide sanitarie complesse anche alla luce di quanto successo con la pandemia da COVID-19 e delle sue ripercussioni sull'aspetto anche socio-economico del Paese;
- 14) ad adottare iniziative volte a predisporre in Italia l'ingresso delle terapie digitali (DTx), affinché vengano messe a disposizione dei pazienti in bisogno, definendo, per quanto di competenza, un iter normativo nazionale che stabilisca le competenze necessarie per la valutazione delle terapie digitali e gli standard da considerare come requisiti minimi per la rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale, nonché il canale distributivo e le modalità di accesso alle stesse, istituendo altresì un tavolo nazionale con la partecipazione delle regioni al fine di pianificare un fondo contenuto per le regioni pilota che per prime registreranno le DTx disponibili;
- 15) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per il potenziamento dei servizi di cura in termini di risorse umane con particolare attenzione riguardo ai professionisti del territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, e altro) anche valorizzando la funzione del cosiddetto *case manager*, figura di riferimento in ambito sanitario che si occupa della predisposizione di un piano di trattamento individualizzato e coordinato di cure e servizi sanitari e socio-assistenziali;
- 16) a valutare la possibilità di adottare iniziative per rivedere i criteri di accesso alla facoltà di medicina e agli altri corsi di istruzione universitaria per le professioni sanitarie, privilegiando il merito, e rivedere i criteri di accesso alle scuole di specializzazione, valorizzando i *curricula*, degli aspiranti e le loro inclinazioni;
- 17) a proseguire le iniziative di competenza volte ad implementare una corretta previsione e pianificazione del personale sanitario, assicurando le risorse necessarie atte a superare il blocco del *turnover* del personale sanitario anche sollecitando i rinnovi contrattuali scaduti da tempo e forme di incentivazione economica partendo dalle attività svolte nel pronto soccorso e per chi è impiegato in attività di emergenza;
- 18) a valutare la possibilità di procedere al fine di adattare iniziative per ampliare la possibilità per le regioni di distribuire farmaci destinati a patologie croniche agli assistiti per il tramite delle farmacie pubbliche e private convenzionate, attraverso un nuovo modello di distribuzione e di remunerazione della filiera che superi l'attuale variabilità regionale causata dalla distribuzione per conto (Distribuzione per Conto);

19) a valutare, nel rispetto della riforma in corso, di adottare le opportune iniziative per inserire le farmacie pubbliche e private convenzionate tra i pilastri della rete di assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria ampliando il ruolo del farmacista anche nel rinnovo delle prescrizioni per le patologie croniche in accordo con il medico;

20) ad adottare le opportune iniziative per potenziare la rete di emergenza urgenza, anche attraverso la valorizzazione del ruolo dei medici ivi operanti nonché, in collaborazione con il Ministero dell'università e della ricerca dei relativi percorsi di specializzazione;

21) a valutare la possibilità, nel rispetto dei vincoli di bilancio, di adottare iniziative per garantire interventi definitivi di rettifica e superamento della norma sul *payback* dei dispositivi medici, la cui applicazione mette in difficoltà imprese e lavoratori impegnati ogni giorno a far funzionare gli ospedali italiani rifornendo medici, tecnici ed infermieri del materiale necessario alla diagnosi ed alla cura degli italiani e, analogamente, a provvedere al superamento della norma sul *payback* farmaceutico;

22) a mettere in campo politiche mirate a contrastare i principali fattori di rischio di sviluppo di patologie croniche e oncologiche quali fumo, alcool e obesità, mettendo a disposizione dei clinici le terapie più innovative disponibili sul mercato;

23) a definire un piano strategico di incentivi per raddoppiare entro il 2030 l'attuale numero di studi clinici attivi sul territorio nazionale, al fine di garantire ai pazienti accesso precoce alle terapie più avanzate e a mettere a disposizione degli specialisti le migliori tecnologie farmaceutiche e sanitarie disponibili a livello globale;

24) a definire un piano di formazione a disposizione della classe medica e della categoria degli infermieri sulle terapie innovative, avanzate e digitali, al fine di poter affrontare in modo competente e omogeneo su tutto il territorio nazionale l'accesso e la disponibilità delle stesse a tutti i pazienti e al fine di poter aumentare il patrimonio e le competenze globali del Servizio sanitario nazionale;

25) a promuovere un piano di supporto alla produzione farmaceutica in Italia, per assicurare la costante disponibilità di farmaci sul territorio nazionale e generare valore economico e occupazione per i territori in cui vengono disposti gli insediamenti;

26) a prepararsi all'arrivo di nuove soluzioni terapeutiche per il trattamento di patologie attualmente senza cura e ad alta prevalenza e disagio sociale come l'Alzheimer, attuando nuovi modelli di identificazione precoce dei pazienti e presa in carico da parte delle strutture specializzate e creando strumenti di *fast track* per l'accesso ai farmaci innovativi;

27) a prevedere iniziative volte al rafforzamento della rete dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CdcD), considerando l'impiego delle risorse non ancora utilizzate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano a valere sugli stanziamenti per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

28) ad affrontare in modo razionale e fattivo l'aggiornamento del sistema tariffario Drg e dei Lea, ricomprendendo e individuando strumenti di *fast track* per le terapie innovative, Atmp e le terapie digitali (DTx), coerentemente con le esigenze di innovazione del Servizio sanitario nazionale.
(1-00066) (*Ulteriore nuova formulazione*) «Ciocchetti, Panizzut, Benigni, Semenzato, Vietri, Lazzarini, Cappellacci, Ciancitto, Loizzo, Patriarca, Colosimo, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone».

(13 febbraio 2023)

La Camera,

premessi che:

l'articolo 32 della nostra Costituzione definisce espressamente la «salute» come un diritto fondamentale dell'individuo che deve essere garantito a tutti indipendentemente dall'essere cittadini italiani o meno, dal possedere un reddito o dall'essere indigenti;

sulla base di tale principio il nostro Sistema sanitario nazionale, istitutivo con la legge n. 833 del 1978, nasce con l'obiettivo di garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione sociale, economica o territoriale, configurandosi come uno strumento di giustizia e di coesione sociale, secondo i principi di universalità ed eguaglianza;

ogni persona ha il diritto a essere curata e ogni malato deve essere considerato un legittimo utente di un pubblico servizio, di cui ha pieno e incondizionato diritto;

nonostante tali principi, un insieme di fattori politici, economici e organizzativi – a cui si è aggiunta negli ultimi due anni la pandemia da COVID-19, che ha messo a dura prova la tenuta del nostro Sistema sanitario nazionale – hanno determinato l'aggravarsi di significative difformità territoriali, per cui ci sono regioni in grado di assicurare servizi e prestazioni all'avanguardia e di eccellenza a cui se ne affiancano altre ove è difficoltoso garantire anche solo i livelli essenziali di assistenza, con la conseguenza che non tutti riescono ad accedere alle cure di cui hanno bisogno nei territori in cui vivono;

secondo l'ultimo rapporto Gimbe, presentato l'11 ottobre 2022, decennio 2010-2019, tra tagli e definanziamenti, sono stati sottratti al Servizio sanitario nazionale circa euro 37 miliardi mentre il Fondo sanitario nazionale (Fsn) è stato aumentato di soli euro 8,2 miliardi;

negli anni 2020-2022 il Fsn è cresciuto di euro 11,2 miliardi, rispetto agli euro 8,2 miliardi del decennio 2010-2019 ma le risorse sono state interamente assorbite dalla gestione della pandemia;

con la NadeF (versione rivista e integrata del 4 novembre 2022) la spesa sanitaria, a ragione dei minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica, scenderà costantemente nel triennio 2023-2025 assestandosi a 131.724 miliardi nel 2023, 128.708 miliardi nel 2024 e 129.428 miliardi nel 2025 pari al 6,0 per cento del PIL e al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia;

con la legge di bilancio 2023 sono stati aggiunti 2 miliardi rispetto a quanto già previsto dalla legislazione portando a 128 miliardi lo stanziamento per la sanità anche se la maggior parte delle risorse pari a 1,4 miliardi sono andate a coprire i maggiori costi dell'energia;

secondo quanto riportato nella relazione della Corte dei conti al Parlamento (Delibera n. 19/SEZAUT/2022/FRG) nonostante nel biennio 2020-2021 la spesa sanitaria sia aumentata, soprattutto a causa della pandemia, l'Italia continua a spendere meno degli altri Paesi europei, pur reggendo il confronto nell'efficienza;

secondo tali analisi, il biennio 2020-2021 ha segnato una netta inversione di trend, con una spesa sanitaria, che, se si include il 2022 è cresciuta mediamente del 5 per cento: oltre 3 punti in più rispetto all'1,3 per cento del valore medio del quadriennio pre-pandemico. In valore *pro-capite* percentuale e a parità di potere di acquisto la spesa sanitaria è cresciuta, nel solo esercizio 2020, dell'8,4 per cento;

alla riduzione in termini reali del finanziamento e della spesa sanitaria corrente rispetto al 2022, si accompagnano, tuttavia, le risorse e le riforme previste dalla Missione Salute (M6) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

rispetto alla dotazione totale di 191,5 miliardi di euro da investire tra il 2022 e il 2026, il PNRR destina ben 15,6 miliardi (8,2 per cento del totale) alla sanità (oltre alle risorse, comprese nelle altre missioni, che hanno influenza sulla tutela della salute);

la Missione 6 ha l'obiettivo di diffondere nuovi modelli per la tutela della salute attraverso lo sviluppo di diverse innovazioni organizzative;

con le misure adottate nella Missione 6 è programmato:

lo sviluppo di reti di prossimità, della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie a nuove strutture: 1350 Case della Comunità, 600 Centrali Operative Territoriali e 400 Ospedali di Comunità, con un totale di personale pari a circa 18.350 infermieri, 10.250 unità di personale di supporto, 2.000 operatori sociosanitari e 1.350 assistenti sociali;

una più efficace integrazione tra tutti i servizi sociosanitari;

la promozione dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale;

in applicazione al PNRR il precedente Governo ha adottato il decreto ministeriale n. 77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» definendo così i nuovi modelli e i nuovi standard per l'assistenza territoriale, la riorganizzazione della medicina territoriale si scontra con una carenza ormai cronica di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta;

secondo il report di Cittadinanzattiva pubblicato a gennaio 2023, la carenza di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta riguarda principalmente le regioni settentrionali del nostro Paese dove per le persone è difficile contattare il proprio medico di fiducia, i quali spesso sono costretti al superamento del massimale di assistiti fissato dai contratti pur di prestare assistenza;

secondo i dati Agenas, aggiornati al 2021, a fronte di 40.250 medici di famiglia complessivi, la media di assistiti per ognuno di loro è di 1.237 con il valore più alto al Nord (1.326), rispetto al Centro (1.159) e al Sud (1.102). Numeri che non riescano a rappresentare adeguatamente le grandi differenze esistenti sul territorio, con regioni a un passo dal massimale «storico»;

una risposta concreta, seppur non sufficiente a colmare tale carenza, sono le 900 borse aggiuntive annuali fino al 2025 finanziate con i fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza che si aggiungono alle 1.879 finanziate con fondi ordinari, per un totale di 2.779 borse;

l'incremento di borse di studio di medicina generale è parte di un aumento complessivo di 30.800 nuove borse di studio che negli ultimi due anni è andato nella direzione di un superamento dello storico problema dell'imbuto formativo che limita l'accesso alle scuole di specializzazione dei neolaureati in medicina;

le difficoltà della medicina generale non scaturiscono solo dal numero insufficiente di medici di medicina generale ma anche e soprattutto dalla estrema debolezza di una rete che in tanti territori è costituita solo dallo studio del medico e dalla farmacia;

la riforma della medicina generale attesa da anni diviene ancora più urgente per connettere l'attività della medicina di base alle nuove strutture e servizi previsti dalla Missione 6 del PNRR;

nella riforma dell'assistenza territoriale è necessario prevedere la possibilità anche per le 96.000 persone senza dimora (secondo i dati ISTAT pubblicati a dicembre 2022), di cui il 62 per cento di nazionalità italiana di potersi iscrivere negli elenchi degli assistiti delle aziende sanitarie locali territoriali di riferimento allo scopo di effettuare la scelta del medico di medicina generale e accedere alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini residenti in Italia; si tratta di persone che non potendosi più permettere di pagare un affitto o un mutuo finiscono in strada perdendo una serie di diritti tra cui il diritto alla salute;

è necessario colmare il *gap* che ancora persiste nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche ordinarie, abbattendo rapidamente liste di attesa che nel periodo pandemico si sono inevitabilmente allungate;

la riduzione in volume delle prestazioni sanitarie è stata generalizzata in tutte le regioni italiane e sia il Parlamento che il Governo hanno fatto fronte con una imponente legislazione emergenziale, intervenendo

con una significativa immissione di personale in tutte le forme contrattuali possibili – riducendo o sospendendo temporaneamente i vincoli precedenti – prevedendo un maggiore sviluppo della rete di assistenza sanitaria territoriale e disponendo un programma mirato di potenziamento ospedaliero e di dotazione tecnica nei settori critici dei posti di terapia intensiva, area medica ad alta potenzialità, servizi Dea e di pronto soccorso;

oltre al grave problema delle liste di attesa permane il fatto che nonostante i Livelli essenziali di assistenza siano stati modificati nel 2017 (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017), ad oggi non sono ancora operativi, poiché non è stato emanato il decreto tariffe necessario a dare applicazione alle prestazioni ivi previste; un provvedimento atteso e non più rinviabile dal quale dipendono non solo i nuovi Lea ma che consentirebbe anche di rimettere al passo con i tempi, i vecchi tariffari fermi al 1996 per la specialistica e al 1999 per la protesica; dalla procreazione medicalmente assistita allo *screening* esteso neonatale per la Sma, dalla consulenza genica fino a prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico come l'adroterapia o di tecnologia recente come l'enteroscopia con microcamera ingeribile e la radioterapia stereotassica, agli ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità) agli apparecchi acustici a tecnologia digitale, alle attrezzature domotiche e ai sensori di comando, fino ad arti artificiali a tecnologia avanzata e ai sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo sono solo alcune delle oltre 3mila, tra vecchie e nuove, prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che aspettano una loro piena applicazione;

è necessario, come affermato dallo stesso Presidente della Repubblica Mattarella in occasione del discorso di fine anno 2022 «operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio sanitario nazionale si rafforzi, ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive»;

è irricevibile la proposta di una autonomia differenziata anche in materia sanitaria che cancellerebbe il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), tradendone i principi di universalità, equità e solidarietà, per cui tutti i cittadini, indipendentemente da origini, residenza e censo devono essere curati allo stesso modo con oneri a carico dello Stato, mediante prelievo fiscale su base proporzionale;

è necessario prevenire una parcellizzazione non sostenibile non solo per quanto riguarda i Lea ma anche in altre materie e competenze, come la politica dei farmaci, la sanità animale, le specializzazioni della dirigenza, igiene e sicurezza negli ambienti scolastici e altro ancora;

la pandemia da COVID-19 ha evidenziato la gravissima carenza di personale sanitario nel nostro Servizio sanitario nazionale che ha sempre maggiori difficoltà a reperire sul mercato del lavoro personale dirigente medico; criticità che investe trasversalmente tutta la professione medica con particolare riferimento alle specialità di anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, malattie infettive, pneumologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, radiodiagnostica;

per il personale del comparto si rileva un'offerta di operatori significativamente insufficiente rispetto ai nuovi fabbisogni, con particolare riferimento agli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, assistenti sanitari e operatori socio-sanitari;

secondo l'ultimo rapporto Agenas del novembre 2022 la criticità vera ed immediata riguarda il personale infermieristico: l'Italia ha un numero di infermieri inferiore rispetto a quello della media europea. Infatti, secondo i dati OECD del 2020 nel sistema sanitario italiano operano 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, rispetto a una media europea di 8,8 e a punte di 18 per la Svizzera e la Norvegia, 13 per la Germania, 11 per la Francia e 8,2 per il del Regno Unito;

il ricorso a soluzioni temporanee come i contratti a tempo determinato, l'utilizzo del lavoro a cottimo dei «medici a gettone», l'aumento dell'età pensionabile a 72 anni per i medici convenzionati e dipendenti, ospedalieri e universitari, il reintegro dei medici *no vax* sono solo palliativi che non solo non affrontano la reale carenza di personale ma minano la sicurezza e la salute delle persone;

è urgente mettere in campo interventi strutturali, primo tra tutti l'abolizione del tetto di spesa sul personale al fine di consentire l'immediata assunzione dei giovani medici, anche specializzandi, pronti a entrare nel Servizio sanitario nazionale ma, di fatto, bloccati da misure temporanee e non risolutive;

le strutture di Medicina dell'emergenza-urgenza sono uno dei pilastri principali del Servizio sanitario nazionale e come rileva la Società italiana di medicina d'emergenza urgenza (Simeu) gli accessi al pronto soccorso sono in costante aumento, con situazioni di affollamento, lunghe attese, una permanenza nel pronto soccorso che a volte supera le 24 ore; questo a fronte di una carenza di organico ormai cronica: mancano oltre 5 mila medici e circa 12 mila infermieri, con un conseguente sovraccarico di lavoro, stimato tra il 25 e il 50 per cento per il personale medico e sanitario impiegato in prima linea che rischia di far saltare quel principio di universalità dell'accesso alle cure su cui si fonda il nostro Sistema sanitario nazionale;

queste cifre fanno emergere un quadro non più sostenibile a cui è necessario dare risposte veloci e concrete partendo da un miglioramento delle condizioni di lavoro di medici e infermieri impiegati nella medicina dell'emergenza-urgenza;

nel secondo anno di pandemia la spesa sanitaria del Servizio sanitario nazionale; seppur con minore impatto, ha proseguito la sua crescita fino a quota 126,6 miliardi di euro, ai quali si aggiungono ben altri 37,16 miliardi di euro per prestazioni sanitarie pagate direttamente dai cittadini al di fuori del Servizio sanitario nazionale;

come rilevato dal Rapporto n. 9 della Ragioneria generale dello Stato pubblicato ad ottobre 2022, nell'anno 2021 sono tornate a crescere le spese per la sanità privata, in particolare quelle sostenute direttamente dai cittadini (*out of pocket*), in massima parte per farmaci non rimborsabili, visite mediche e diagnostica;

secondo l'ultimo rapporto di Cittadinanzattiva «Rapporto civico sulla salute 2022» si aspetta fino a 720 giorni per una mammografia, fino a 362 giorni per una visita con il diabetologo, fino a 180 giorni per sottoporsi a un intervento oncologico, fino a 100 giorni per una colonscopia, fino a un anno per un intervento cardiologico e ortopedico, fino a 180 giorni per un intervento oncologico;

sempre più cittadini rinunciano a prestazioni sanitarie nel pubblico a favore di strutture private che sono in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali (a volte anche inferiori) e soprattutto in tempi più rapidi rispetto alle lunghe liste di attesa della sanità pubblica; ma la «sanità integrativa» non ha l'obbligo dei Lea, può selezionare i pazienti, non si occupa di prevenzione, non deve svolgere attività di emergenza e urgenza;

per tale motivo deve completare il suo iter il più velocemente possibile il decreto del Ministero della salute, attuativo della misura contenuta nella legge concorrenza 2021 (legge n. 118 del 2022), che ha fissato nuove regole per i rapporti tra il privato e il Servizio sanitario nazionale, e che prevede nuove regole e verifiche per il rilascio di nuovi accreditamenti a strutture private e per la selezione dei soggetti privati che possono stipulare accordi con Servizio sanitario nazionale;

la stessa attività *intramoenia*, a cui sempre più spesso ricorrono i cittadini, è un'altra faccia delle lunghe liste di attesa nella sanità pubblica e dell'impossibilità di ricevere in tempi brevi assistenza;

secondo l'ultimo rapporto dell'Agenas l'intramoenia passa dall'8 per cento per le visite oncologiche e fisiatriche al 42 per cento per ecografie ginecologiche. In particolare, in 13 regioni su 21 il rapporto tra attività in Alpi e in regime Istituzionale risulta superiore al 100 per cento per alcune prestazioni, soprattutto in ambito ginecologico ed è ormai praticamente azzerata l'intramoenia «fuori le mura» poiché il 99 per cento dell'attività si svolge all'interno dell'azienda o in strutture in rete con prenotazioni centralizzate nella maggior parte delle regioni;

la pandemia da COVID-19 ha inciso fortemente anche sull'assistenza ospedaliera, dove dal 2015 (decreto ministeriale 70 del 2015) è stata prevista una riduzione dei posti letto per una maggiore efficienza e specializzazione della stessa rete ospedaliera anche in un'ottica di una maggiore integrazione con l'assistenza territoriale per una presa in carico da parte di quest'ultima dei casi meno gravi;

accanto all'indispensabile riforma dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale, occorre rafforzare la prevenzione e la promozione della salute, per ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità e, di conseguenza, i costi per il Servizio sanitario nazionale adeguando il nostro sistema a standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee;

in questi anni di emergenza pandemica si è rafforzata nel Paese la consapevolezza che una rete integrata di servizi territoriali di base è indispensabile per assicurare capillarmente la presa in carico delle persone e delle comunità, garantendo l'accessibilità e la continuità delle cure anche alle fasce di popolazione socialmente più svantaggiate e più difficili da raggiungere;

è importante, quindi, ridare slancio ai consultori istituiti con la legge n. 405 del 1975 quali servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna, delle persone in età evolutiva e in adolescenza, delle coppie e delle famiglie inserendoli a pieno titolo nella riorganizzazione territoriale prevista dal PNRR e dagli atti attuativi;

un sistema sanitario vicino a tutte le donne deve garantire, in tutte le regioni, il diritto all'interruzione di gravidanza come sancito dalla legge n. 405 del 1978, risolvendo definitivamente il grave contrasto tra il diritto all'obiezione di coscienza del personale sanitario e il diritto della donna di abortire in una struttura pubblica, in sicurezza e nei tempi previsti;

è necessario rivedere i protocolli di accoglienza nelle unità di ostetricia per assicurare l'accesso del padre o di una persona di fiducia della donna durante il travaglio, il parto e la degenza ospedaliera visto che l'esperienza della gravidanza, della nascita e dell'allattamento sono elementi fondanti della genitorialità consapevole, della *nurturing care* e della promozione della salute delle madri, dei padri e dei bambini e bambine;

tra le tante nefaste conseguenze della pandemia di COVID-19 c'è l'aumento del disagio psicologico nelle persone più fragili e tra i giovani, un problema urgente di cui solo un Servizio sanitario nazionale rafforzato con risorse e professionalità può farsi adeguatamente carico;

il benessere psicologico deve diventare un obiettivo fondamentale per il nostro Servizio sanitario nazionale, perché è un requisito fondamentale per la qualità della vita individuale, sociale e per la salute; a questo scopo vanno adottati programmi centrati sulla scuola come luogo dello sviluppo della persona e sui servizi sociali come strumenti di un *welfare* inclusivo;

i cittadini italiani, sia minorenni sia adulti, in base ai Livelli essenziali di assistenza vigenti hanno diritto al sostegno psicologico e alla psicoterapia e per garantire tale diritto, oltre al bonus psicologo, occorre dotare il Paese di una rete di prevenzione e promozione psicologica pubblica;

in tema di prevenzione l'istituzione della rete denominata sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (Snps) sottolinea l'urgente necessità di un l'approccio «*One Health*» nella tutela della salute pubblica;

tenendo conto di tale approccio nel settembre 2018 il Parlamento europeo ha adottato un piano d'azione europeo «*One health*» contro la resistenza antimicrobica (2017/2254(INI)) rilevando che l'abuso di antibiotici compromette la loro efficacia, determina la diffusione di microbi estremamente resistenti, che mostrano una particolare resistenza agli antibiotici di ultima linea;

per dare seguito a tale piano è necessario sviluppare e consolidare la fondamentale collaborazione a livello dell'Unione europea in tema di antimicrobico-resistenza nonché mantenere aggiornato costantemente il prontuario farmaceutico nazionale, con particolare riguardo alle indicazioni d'uso degli antimicrobici a tutela dell'appropriatezza prescrittiva e a contrastare la vendita illegale di prodotti antimicrobici ovvero la loro vendita senza prescrizione medica o veterinaria;

per quanto riguarda la spesa farmaceutica sia territoriale che ospedaliera, è necessario agire per controllarne l'andamento evitando il superamento dei tetti di spesa,

impegna il Governo:

- 1) a salvaguardare e potenziare su tutto il territorio nazionale l'universalità, l'uguaglianza e la qualità delle prestazioni di cura ed assistenza erogate dal Servizio sanitario nazionale;
- 2) a recedere dalla proposta di riforma che prevede di applicare il principio di «autonomia differenziata» nella tutela della salute pubblica, in quanto scelta ingiusta e inefficace che aumenterebbe le disuguaglianze tra i singoli sistemi sanitari regionali violando il principio costituzionale di uguaglianza «davanti alla legge» proprio in tema di salute, un «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»;
- 3) a promuovere un approccio *One Health* del Servizio sanitario nazionale perché qualità ambientale e benessere animale sono elementi fondamentali nella tutela della salute pubblica;
- 4) a portare avanti, con determinazione, le riforme e gli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR, definiti con le regioni e condivisi con l'Unione europea, che rappresentano una concreta opportunità di rilancio per il nostro Servizio sanitario nazionale;
- 5) ad attuare ed implementare i «modelli e gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» (definiti dal decreto 23 maggio 2022, n. 77) per superare insostenibili disuguaglianze territoriali e garantire efficacemente su tutto il territorio nazionale i livelli essenziali di assistenza (Lea);
- 6) ad adottare le iniziative di competenza volte a implementare nel triennio 2024/2026 le risorse previste dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), al fine di garantire alle Case della comunità, agli Ospedali di comunità, alle Unità di continuità assistenziale ed alle Centrali operative territoriali un adeguato standard di personale sanitario a tempo indeterminato che possa lavorare stabilmente in *team* multiprofessionali;
- 7) a predisporre la riforma della medicina generale per valorizzare al meglio il prezioso lavoro dei medici di medicina generale, rendendoli pienamente protagonisti e connessi con la nuova rete territoriale che si realizza con la Missione 6 del PNRR sburocratizzando la loro attività e riformandone il percorso di formazione professionale;
- 8) a garantire, nei tempi definiti dalla Missione 6 del PNRR al fine di migliorare l'assistenza ai malati cronici ed alle persone affette da malattie rare, lo sviluppo della telemedicina ed in particolare l'implementazione, su scala regionale, dei servizi di telemonitoraggio, teleassistenza, televisita, teleconsulto, assumendo la casa come «primo luogo di cura»;
- 9) a sostenere le iniziative di prevenzione e ricerca definiti nella Missione 6 del PNRR e in particolare: la creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico, il rafforzamento e lo sviluppo qualitativo e quantitativo degli *Hub life science* per area geografica (Nord – Centro – Sud Italia), la fondazione HUB Antipandemico (APH), istituita dall'articolo 1, comma 945, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- 10) a portare avanti il Programma nazionale «Equità nella Salute» finanziato con 625 milioni dall'Unione europea per progetti da realizzare nel nostro meridione, relativi alla medicina di genere, alla salute mentale, al contrasto della povertà sanitaria e agli *screening* oncologici;
- 11) a fornire al Parlamento, ogni 6 mesi, informazioni puntuali sullo stato di attuazione della Missione 6 del PNRR;
- 12) a promuovere una forte integrazione tra attività territoriale e ospedaliera: liberando gli ospedali, grazie alla nuova rete territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR, da una quantità insostenibile di accessi impropri e riformando il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015;
- 13) a prevedere l'adeguamento del livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato in misura pari al 7 per cento del Pil per l'anno di riferimento;

14) a modificare i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale applicando il parametro della «deprivazione economica», con un suo peso ponderato sulla quota incrementale da assegnare alle regioni più svantaggiate;

15) ad assicurare meccanismi di controllo affinché le nuove risorse attribuite alle regioni siano collegate prioritariamente a misure volte a ridurre la mobilità passiva e le liste di attesa;

16) ad assumere misure strutturali, quali a esempio il superamento definitivo del tetto di spesa per il personale, al fine di porre fine alla carenza di personale medico e sanitario nel nostro Servizio sanitario nazionale;

17) ad assumere tutte le iniziative di competenza necessarie, a partire dai rinnovi contrattuali, per adeguare la retribuzione dei professionisti sanitari italiani a quella media degli altri grandi Stati europei;

18) a predisporre iniziative urgenti volte a ovviare alla carenza di personale nei pronto soccorso attraverso specifici interventi che rendano maggiormente attrattivo il Servizio per i giovani medici che intraprendono la specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza;

19) ad adottare iniziative di competenza volte a incentivare i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e il personale infermieristico a svolgere la propria attività professionale in ambiti territoriali disagiati, al fine di assicurare anche in queste zone un'adeguata assistenza primaria;

20) a predisporre adeguate risorse e misure incentivanti, per quanto di sua competenza, per il personale operante nei servizi del 118 (cosiddetta emergenza territoriale), di norma, titolare di un rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

21) a garantire la centralità e l'unitarietà del sistema sanitario nazionale, approvando il decreto tariffe e dando finalmente attuazione alla riforma dei livelli essenziali di assistenza fermi al 2017 consentendo così l'erogazione delle nuove prestazioni e l'aggiornamento dei tariffari fermi al 1996 per la specialistica e al 1999 per la protesica;

22) ad aggiornare, al fine di garantire l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, privilegiando percorsi di cura individuali in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni, per una piena inclusione sociale secondo i principi della «recovery» e sulla base di un processo partecipato;

23) ad introdurre il *budget* di salute quale prezioso strumento di integrazione sociosanitaria finalizzato a contrastare e a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma delle persone fragili, nonché favorire il loro inserimento socio-lavorativo;

24) a valorizzare e sviluppare, come previsto dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge n. 34 del 2020, la figura dell'infermiere di comunità, implementando il relativo processo formativo;

25) ad assumere con urgenza tutte le iniziative necessarie per far fronte alla crescente carenza di veterinari pubblici anche in considerazione e delle gravi emergenze sanitarie derivanti da epidemie che colpiscono gli animali;

26) a prevedere iniziative volte a velocizzare le procedure di riconoscimento dei titoli esteri per i professionisti sanitari, come misura aggiuntiva per ovviare alla carenza di medici e professionisti nelle strutture sanitarie e sul territorio;

27) a implementare la farmacia dei servizi approvando, dopo la positiva sperimentazione fatta nel 2022, un nuovo sistema di remunerazione e rinnovando la convenzione tra il Servizio sanitario nazionale e le farmacie italiane anche sulla base dei tanti nuovi servizi erogati;

28) ad adottare iniziative per sviluppare la rete dei consultori familiari quali servizi territoriali, di prossimità, multidisciplinari, fortemente integrati con altri presidi socio-sanitari e caratterizzati da un approccio olistico alla salute, a tutela della salute della donna, degli adolescenti, della coppia e della famiglia diffusi sull'intero territorio nazionale e orientati ad attività di prevenzione e promozione della salute;

29) ad assumere le iniziative di competenza volte a rendere disponibile e gratuito in tutta Italia l'accesso alla contraccezione tramite dispositivi ormonali e medici, in linea con i principi posti dalla legge n. 194 del 1978, superando l'arretratezza del nostro Paese su questo fronte, per ridurre gravidanze indesiderate e l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili come l'Hiv, garantendo la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle giovani generazioni anche grazie al potenziamento dei programmi di educazione e salute sessuale;

30) ad adottare iniziative efficaci, con obiettivi misurabili, per contrastare la resistenza antimicrobica nell'ambito della tutela della salute umana, animale e dell'ambiente, introducendo misure finalizzate all'uso corretto e appropriato degli antimicrobici;

31) a promuovere campagne di sensibilizzazione in tutti i *setting* di cura e presso le farmacie miranti alla tutela dei comportamenti corretti, all'aderenza terapeutica per quanto riguarda l'uso degli antimicrobici e all'utilizzo costante delle norme igienico-sanitarie preventive;

32) a valutare la fattibilità di avviare iniziative graduali volte alla distribuzione degli antibiotici in confezioni sufficienti e non superiori al periodo di terapia, secondo le indicazioni mediche, anche con confezioni personalizzate;

33) ad avviare iniziative, per quanto di competenza, volte a contrastare la vendita illegale di prodotti antimicrobici ovvero la loro vendita senza prescrizione medica o veterinaria, nonché a impedire l'illegittima vendita online dei farmaci soggetti a prescrizione medica o veterinaria, informando e sensibilizzando i cittadini, tramite campagne informative, sui rischi connessi a tali acquisti;

34) ad adottare le iniziative di competenza volte a consentire alle persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all'estero, di iscriversi negli elenchi degli assistiti delle aziende sanitarie locali territoriali di riferimento allo scopo di scegliere il medico di medicina generale e di accedere alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini residenti in Italia;

35) a predisporre, per quanto di competenza, misure uniformi su tutto il territorio nazionale al fine di assicurare, nel rispetto della salute di tutti i soggetti coinvolti, misure volte a garantire nei percorsi nascita e durante la degenza ospedaliera la presenza del padre o di una persona a scelta della donna anche oltre il mero orario di visita.

(1-00067) (*Nuova formulazione*) «Furfaro, Serracchiani, Ciani, Malavasi, Girelli, Stumpo, Bonafè, Casu, De Luca, De Maria, Ferrari, Fornaro, Ghio, Provenzano, Toni Ricciardi, Roggiani».

(13 febbraio 2023)

La Camera,

premessi che:

nel 1978 con la legge n. 833 l'Italia ha istituito il Servizio sanitario nazionale ancora oggi questa legge rappresenta e deve rappresentare, dopo 45 anni, un pilastro fondamentale del sistema di *welfare*, in coerenza con l'articolo 32 della Costituzione;

ancora oggi non è pienamente realizzata universalità e l'equità nella sanità pubblica che deve garantire a tutti il diritto alla salute e alle cure, l'accesso egualitario ai servizi, l'universalità e l'adeguato finanziamento pubblico;

l'impatto della pandemia da Covid ha colpito fortemente il nostro sistema sanitario nazionale: ha comportato la diminuzione della speranza di vita, ha inciso pesantemente sul disagio psicologico tra le ed i giovani, ha causato l'ulteriore appesantimento delle liste d'attesa per visite, esami ed interventi;

negli ultimi dieci anni precedenti al Covid si è assistito ad una riduzione dei finanziamenti per il Servizio sanitario nazionale pari a 37 miliardi di euro, mentre il fabbisogno sanitario nazionale è aumentato di soli euro 8,2 miliardi, riduzioni di risorse che hanno contribuito ad una minore efficienza ed efficacia della sanità pubblica;

durante la pandemia tutte le nazioni hanno aumentato la spesa sanitaria, ma, in tale contesto l'Italia è rimasta al di sotto della media dei Paesi dell'Unione europea;

negli ospedali italiani la situazione si aggrava sempre più: ospedali pubblici dove si riscontrano stipendi tra i più bassi d'Europa e condizioni di lavoro sempre più dure, carenza di medici, e infermieri in fuga dal Ssn verso il privato, preferendo spesso essere pagati a gettone. Nel solo 2022 i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna superano i 100 mila. L'estensione del regime forfettario IVA, fino a 85.000 euro, per i lavoratori autonomi prevista dalla manovra 2023 favorisce a incentivare l'opzione per la libera professione nel privato attraverso la diffusione di forme contrattuali diverse dal lavoro dipendente, mediate da cooperative, con aumenti dei costi e un impatto sfavorevole sull'organizzazione dei servizi;

le carenze e i ritardi del Servizio sanitario nazionale pubblico fa sì che sempre più gli assistiti, quelli che possono permetterselo, si rivolgano al privato, gli altri, come registrato dall'Istat, rinunciano del tutto alle cure, questi sono stati 3,1 milioni nel 2019, 4,8 milioni nel 2020 per arrivare a 5,6 milioni nel 2022;

secondo la ricerca «Pubblico e privato nella sanità italiana» condotta dall'Università degli Studi di Milano, il Ssn fornisce a «gestione diretta» solo il 63 per cento dei servizi richiesti dai pazienti (69,8 miliardi di servizi), mentre acquista dal settore privato «accreditato» il restante 37 per cento (41,5 miliardi di servizi erogati);

secondo l'Osservatorio sui consumi privati in sanità di Sda Bocconi *School of Management*, in Italia i consumi sanitari privati sono un fenomeno strutturale e in crescita in misura proporzionale all'aumento del reddito. Lo sviluppo delle sanità «integrativa» ha trovato spazio proprio grazie alle difficoltà di gestione dei sistemi regionali, questo ha favorito una difformità di modelli spesso divergenti, non equi e non universalistici, né tantomeno uniformi sul territorio nazionale;

le statistiche sanitarie segnalano che chi vive nel Sud muore in media due anni e mezzo prima di chi risiede al Nord e al Centro, la disuguaglianza delle prestazioni sanitarie sembra incidere sulle aspettative di vita almeno (se non più) delle condizioni economiche o di istruzione; con un risultato che se un bambino nasce a Caltanissetta ha 3,7 anni in meno di aspettativa di vita di chi è nato a Firenze e la speranza di vita in buona salute segna un divario di oltre 12 anni tra Calabria e provincia di Bolzano;

l'associazione «Libera» ha segnalato come in Italia, negli ultimi tre anni, il 13 per cento degli episodi di corruzione ha riguardato il settore della sanità, con casi che riguardano forniture di farmaci, apparecchiature mediche, strumenti medicali e servizi di pulizia, mentre secondo un sondaggio di Transparency International Italia un dipendente su quattro (28 per cento) ritiene ci sia corruzione all'interno della propria azienda sanitaria;

è indifferibile programmare rapidamente un intervento straordinario e strategico, non di natura emergenziale, in grado di proporre delle soluzioni strutturali, prontamente attuabili ed idonee ad affrontare nell'immediato la carenza di personale sanitario e la oggettiva crisi finanziaria di cui, da ormai tre anni versano i Sistemi sanitari regionali che si riverbera sulle prestazioni ai cittadini;

nel documento sul personale del Sistema sanitario italiano pubblicato dal Ministero della salute ad agosto 2022 le unità in servizio nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale sono passate dalle 888.367 del 2000 alle 617.466 del 2020, ripartite come segue: 72,3 per cento ruolo sanitario; 17,8 per cento ruolo tecnico; 9,7 per cento ruolo amministrativo e lo 0,2 per cento ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico era di 103.092 unità, mentre gli infermieri erano 276.257 con un rapporto di 2,6 infermieri per ogni medico. Il Servizio sanitario nazionale ha una media di 4,63 infermieri per 1000 abitanti contro i 10,8 della Francia e i 13,2 della Germania;

è necessario finanziare il rinnovo del contratto del personale sanitario, 2022-2024, mentre solo in data 2 novembre 2022 l'Aran e le parti sindacali hanno definitivamente sottoscritto il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità per il triennio 2019/2021, serve quindi una spesa sanitaria oggi, in rapporto al prodotto interno lordo relativamente bassa al 6,5 per cento contro il 7,8 per cento della media Ue, il 9,6 per cento della Germania e il 9,4 per cento della Francia;

una delle conseguenze di politiche che continuano da anni a puntare al blocco dei contratti e del *turnover* è quello di dequalificare il lavoro, visto come opportunità di risparmio per la finanza pubblica e non come investimento e miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari erogati sia nell'ambito della prevenzione che della cura;

il reiterarsi, negli ultimi anni, delle manovre finanziarie di contenimento della spesa ed in particolare dei vincoli relativi alle assunzioni ha determinato nel tempo una grave carenza di personale del Sistema sanitario nazionale, che, unita ad un crescente innalzamento dell'età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro; inoltre, un numero sempre minore di professionisti appare disposto ad accettare il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, preferendo forme di rapporto lavorativo atipiche, favorite anche da *flax tax*. Da queste situazioni deriva che, sempre più di frequente, per garantire la funzionalità minima dei servizi, le aziende del Servizio sanitario nazionale ricorrono a forme diverse di esternalizzazione. Ecco perché si sta affermando sempre di più il fenomeno del ricorso ad appalti esterni, da parte delle aziende e degli enti, per garantire i servizi assistenziali. L'uso distorto delle esternalizzazioni, infatti, non soltanto genera un sempre più gravoso onere in capo alle strutture, ma comporta anche gravi criticità in termini di sicurezza e qualità delle cure, sia perché non sempre si offrono adeguate garanzie sulle competenze dei professionisti coinvolti, sia per la ridotta fidelizzazione di questi ultimi alle strutture pubbliche. Da specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari, sono emerse frodi e inadempimenti delle funzioni pubbliche, per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'azienda ed impiegato semplice personale ausiliario privo dei prescritti titoli abilitativi e anche personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire; accertata infine, anche la fornitura di medici da parte di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita per contratto, anche sopra i 70 anni, ed è stato accertato l'impiego di risorse umane non adatto a esigenze di specifici reparti ospedalieri;

la missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), relativa alla salute destina risorse al potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria attraverso lo sviluppo delle case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la telemedicina, nonché attraverso gli ospedali di comunità; in tale contesto è stato emanato il cosiddetto «DM71», recante gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, ma la carenza di medici e più in generale di personale sanitario rischia di impedire l'attuazione effettiva di quanto recato dalla Missione 6 del PNRR;

la legge di bilancio 2023 prevede l'incremento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di 2,15 miliardi di euro per il 2023, 2,3 miliardi di euro per il 2024 e 2,5 miliardi di euro dal 2025, ma una quota dell'incremento del 2023, pari a 1,4 miliardi di euro, è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche questo significa che il Fondo subisce una riduzione e che nell'orizzonte della programmazione finanziaria non sembra essere contemplato un potenziamento del sistema sanitario. La spesa sanitaria programmatica stimata si riduce fino al 6,1 per cento del Pil nel 2025, un valore inferiore anche rispetto al periodo pre-pandemia che era al 6,4 per cento nel 2019, rispetto a una media Ue del 7,9 per cento;

secondo il *Country Health Profile* dell'OCSE 2021, nel 2019 l'Italia ha speso complessivamente (tra spesa pubblica e privata) l'8,7 per cento del Pil in sanità, rispetto alla media Ue del 9,9 per cento, ma la spesa pubblica ha rappresentato solo il 6,4 per cento del Pil, mentre quella privata è stata del 2,3 per cento. La spesa pubblica *pro capite* ha raggiunto l'importo di 2.525 euro ed è finita al di sotto della media Ue (3.523 euro). La spesa pubblica in percentuale alla spesa sanitaria totale è stata solo del 74 per cento nel 2019, inferiore alla media Ue, che è dell'80 per cento;

l'Italia si caratterizza per una presenza di popolazione con elevata aspettativa di vita alla nascita circa 83 anni, secondo la rilevazione Istat, ciò ha una evidente ricaduta sul Ssn che vede un costante invecchiamento della popolazione in presenza di un 23 per cento circa di over 65 e un 3,6 per cento della

popolazione di over 80 che genera un aumento delle patologie soprattutto quelle croniche. In particolare si registra una rilevante incidenza delle malattie cardiovascolari, che da anni rappresentano la principale causa di morte pari a oltre il 34 per cento del totale dei decessi, secondo Istat;

la Corte dei conti ha reso noto che sono 14 le regioni che presentano *performance* peggiori di quelle del 2019 nel caso degli interventi cardio-vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e data la necessità degli interventi che dovrebbero essere eseguiti in tempi brevi e certi segnalano una grave inottemperanza;

l'erogazione dei nuovi livelli di assistenza determinati nel 2017 non è ancora completa e gli investimenti del PNRR richiederanno un incremento, sia pure progressivo, delle spese per la gestione dei nuovi servizi, così come si dovrebbe procedere alla ulteriore implementazione dei livelli di assistenza ad esempio inserendo in tale ambito anche la riabilitazione delle persone affette da tumori;

a circa sei anni dall'aggiornamento dei Lea, le prestazioni relative alla protesica e alla specialistica ambulatoriale sono esigibili solo nelle regioni non in Piano di rientro che le finanziano con fondi propri, introducendo un ulteriore elemento di iniquità nel diritto alla tutela della salute;

il divario tra le regioni è riconducibile soprattutto alla differenza dei servizi offerti dal servizio pubblico e alla riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie durante l'epidemia; non a caso la spesa a carico dei cittadini è aumentata principalmente nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna a dimostrazione della scarsa efficienza dei sistemi sanitari di queste regioni, e segnala ancora più la distanza tra regioni del Sud e quelle del Nord;

il numero delle famiglie che sostengono spese sanitarie aumenta: sono circa 6 milioni le famiglie costrette a limitare le spese sanitarie per motivi economici o addirittura ad annullarle del tutto con conseguenze negative sulla loro salute; la Ragioneria dello Stato nel Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria ha segnalato che la spesa per prestazioni sanitarie pagate direttamente dai cittadini al di fuori del Ssn sono state pari a 37,16 miliardi di euro;

riguardo al sostegno alla maternità tenuto conto che negli anni si è proceduto alla chiusura di numerosi punti nascita, incidendo pesantemente nelle aree svantaggiate e disagiate si è intervenuti non tenendo conto delle indicazioni e le deroghe previste dall'accordo della Conferenza Stato-regioni del 2010;

le politiche attuate fino ad oggi sulla maternità non hanno permesso alle donne di conciliare i tempi della famiglia con i tempi del lavoro, così come risultano assolutamente insufficienti servizi e i sostegni al reddito così come si continua a non affrontare la mancata piena attuazione della legge 194 sull'interruzione di gravidanza causata anche in particolare dalla insufficienza di medici non obiettori;

i servizi di psichiatria in Italia presentano da anni numerose criticità, negli anni scorsi si è assistito ad un calo dei dipartimenti, passati da 183 a 141, così come si registrano in calo i posti letto, ridottisi di 400 posti, una percentuale del 10 per cento; così come si assiste ad una carenza del personale che produrrà tra 2 anni la mancanza di mille psichiatri e circa 10 mila tra infermieri e altro personale; le risorse, anch'esse in calo sono ampiamente sotto la media europea, destiniamo il 2,9 per cento del Fondo sanitario mentre in sede di Unione europea si indica una percentuale del 10 per cento; contestualmente in corso una riduzione anche degli utenti passati dai 850 mila del 2017 ai 730 mila del 2020, una riduzione non dovuta certo ad una diminuzione delle patologie mentali, anzi, i problemi di salute mentale risultano in crescita costante e il Covid ha ulteriormente incrementati;

in tale contesto non stupisce che gli italiani abbiano le idee chiarissime sulle priorità del Servizio sanitario nazionale: secondo il Censis, nel suo 56° Rapporto, il 50,9 per cento dei cittadini ha indicato l'aumento del numero di medici di medicina generale, il 46,7 generale la modernizzazione di tecnologie e attrezzature diagnostiche per accertamenti, il 45,3 per cento l'attivazione o il potenziamento dei servizi sul territorio, come le case della salute, il 39,6 per cento più posti letto negli ospedali, il 34 per cento l'attivazione dell'assistenza domiciliare digitale (teleconsulto, teleassistenza), per il 93,7 per cento degli italiani la spesa pubblica per la ricerca in salute e sanità è un investimento, non un costo;

la medicina di genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine «genere». L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) definisce il «genere» come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute;

la medicina di genere risponde al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare non solo le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze di genere, ma anche l'adeguatezza dell'intervento sulla salute questa è da attivare e sostenere in via prioritaria, in quanto la valenza applicativa è stata già comprovata da evidenze cliniche, supportate dalla ricerca. Presso l'Istituto superiore di sanità è stato costituito un Osservatorio dedicato alla medicina di genere al fine di fornire al Ministro della salute i dati da comunicare annualmente alle Camere;

l'articolo 3 della legge n. 3 del 2018 dispone l'applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale; il Ministro della salute in ottemperanza alla disposizione di legge, il 13 giugno 2019, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, è stato chiamato ad adottare con proprio decreto il piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante: divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Il piano, quindi, indica gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste nelle quattro aree d'intervento indicate dalla legge: percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; ricerca e innovazione; formazione; comunicazione;

il tema della mancata integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociale, tra ospedale e territorio, questa diffusa sconnessione e la carenza di risorse strumentali e professionali, nonché la frammentarietà della rete e dell'offerta di servizi che da tempo segnano il dibattito sull'appropriatezza del *welfare* territoriale, sono diventate questioni ancor più evidenti nella drammatica emergenza legata alla pandemia da COVID-19;

l'emergenza sanitaria legata alla pandemia ha posto ancor più in evidenza come la salute di territorio abbia bisogno di una profonda riorganizzazione, nell'ottica di un sistema integrato che metta al centro le persone e le comunità, attraverso la promozione dei servizi sanitari e sociosanitari di prossimità nella logica del lavoro di rete dei presidi territoriali;

devono essere programmate risorse aggiuntive per lo sviluppo della rete territoriale finalizzata principalmente alla prevenzione e alla deospedalizzazione e a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale l'appropriatezza delle prestazioni. Occorre investire oggi sul personale, sull'assistenza domiciliare e territoriale, nella consapevolezza che questi ambiti possono davvero consentire nel prossimo futuro importanti risparmi al Servizio sanitario nazionale, oltre che evidenti benefici alla collettività e un ritorno occupazionale indispensabile;

una delle conseguenze di politiche che continuano da anni a puntare al blocco dei contratti e del *turnover* è quello di dequalificare il lavoro, visto sempre più come opportunità di risparmio e non come investimento e occasione di miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari erogati;

sul futuro del Servizio sanitario nazionale, come espresso dalla legge 833 del 1978, si inserisce la proposta del Governo sull'autonomia differenziata; considerando che il diritto alla tutela della salute oggi è nei fatti condizionato da disuguaglianze e iniquità tra i 21 sistemi sanitari delle regioni e province autonome, una autonomia differenziata come proposta dal Governo inevitabilmente è destinata ad amplificare le disuguaglianze di un Servizio sanitario nazionale, oggi universalistico, senza un contestuale reale capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle regioni. Il regionalismo differenziato rischia di legittimare e sancire definitivamente nonché normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute che deve essere assicurato uniformemente sull'intero territorio nazionale e questo dovrebbe essere l'obiettivo prioritario;

i provvedimenti varati per fronteggiare per assicurare la continuità produttiva degli stabilimenti industriali di interesse strategico nazionale, che attraverso le attività hanno provocato e provocano danni alla vita e alla salute di cittadini e lavoratori oltre che devastazione ambientale ampiamente documentati sin

dagli anni '70, hanno garantito la continuità produttiva, ma non la salute dei cittadini, in particolare dei minori, dei lavoratori e la tutela dell'ambiente, così come documentato da tutti gli studi ad oggi pubblicati; operando nel suo complesso un evidente sbilanciamento nella tutela del diritto costituzionalmente tutelato della salute,

impegna il Governo:

- 1) a garantire che il Servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico sia tale in piena attuazione della legge n. 833 del 1978, nonché dell'articolo 32 della Costituzione, in particolare adottando iniziative volte a prevedere un finanziamento del Fondo sanitario nazionale in linea con la media delle risorse stanziati dai Paesi dell'Unione europea, assicurando un livello di risorse che garantiscano l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale e la loro ulteriore implementazione;
- 2) a recedere dall'intervento normativo in materia di autonomia differenziata e al contempo ad assumere tutte le iniziative necessarie, anche di aumento delle risorse economiche, al fine di garantire uniformità dei livelli delle prestazioni e universalità al diritto alla salute in coerenza con il dettato costituzionale;
- 3) ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza, ampliando le patologie riconosciute, assicurando progetti di assistenza individualizzati, ad esempio inserendo nei Lea i percorsi riabilitativi per malati oncologici e l'adozione del nomenclatore tariffario;
- 4) ad individuare le necessarie risorse da destinare al rinnovo del contratto nazionale di lavoro del personale sanitario anni 2022-2024;
- 5) ad adottare iniziative volte a destinare risorse adeguate finalizzate alla piena attuazione della Missione 6 del PNRR per garantire l'assistenza territoriale, nonché la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente;
- 6) a completare l'informatizzazione del Sistema sanitario nazionale, entro la scadenza per l'attuazione dell'Agenda digitale fissata per il 2026, tenuto conto che dei 13 miliardi di euro destinati alla digitalizzazione e la connettività, 6,74 miliardi di euro sono destinati alla pubblica amministrazione, attuando su tutto il territorio nazionale il fascicolo sanitario elettronico, le ricette digitali, la dematerializzazione di referti e cartelle cliniche, le prenotazioni e i pagamenti *on-line*;
- 7) ad adottare tutte le iniziative necessarie a limitare al massimo il ricorso all'*intramoenia*, attuando quanto previsto dalla normativa in materia che dal 2007 prevede infatti il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, per impedire che l'attività intramuraria sia derivante da una carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale, con ricadute dei costi sui cittadini e sulla sanità pubblica;
- 8) ad assumere iniziative che contrastino il ricorso ai cosiddetti medici a gettone attraverso cooperative per i servizi ospedalieri che le aziende sanitarie locali non sono in grado di soddisfare con particolare riferimento ai pronto soccorso, in quanto l'uso distorto delle esternalizzazioni non soltanto genera un sempre più gravoso onere in capo alle strutture, ma comporta gravi criticità in termini di sicurezza, continuità e qualità delle cure, sia perché non sempre offre adeguate garanzie sulle competenze dei professionisti coinvolti, sia per la ridotta fidelizzazione di questi ultimi alle strutture pubbliche;
- 9) ad adottare le iniziative di competenza, anche normative, per compensare le attuali disuguaglianze assistenziali territoriali e colmare la distanza tra i tradizionali luoghi di cura e la quotidianità dell'assistito, rafforzando la rete sanitaria e sociosanitaria nel territorio con migliori servizi di assistenza primaria e con una più stretta collaborazione con il terzo settore e, più in generale, con l'intera collettività;
- 10) ad adottare le iniziative di competenza perché la riorganizzazione della rete di medicina territoriale favorisca, attraverso l'azione congiunta delle diverse figure disciplinari e professionali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, specialisti ambulatoriali, operatori sociali, e altro), un modello

integrato che tenga conto non solo delle dimensioni di assistenza e cura prettamente medica, ma anche delle dimensioni sociali e contestuali della persona;

11) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire che la rete ospedaliera sia affiancata da un reale e convinto sviluppo dell'assistenza territoriale, affinché avvenga in presenza di una contemporanea maggiore offerta a garanzia dei livelli di assistenza socio-sanitaria distrettuale, centri aperti 24 ore su 24, assistenza domiciliare integrata, residenziale, semiresidenziale ed altro;

12) ad adottare iniziative di competenza e a reperire le risorse necessarie per assicurare adeguata dotazione di personale sanitario alle nuove strutture della rete di medicina territoriale, favorendo la stabilizzazione del personale già operante ed evitando l'esternalizzazione dei servizi socio-sanitari che i presidi sono chiamati a garantire;

13) al fine di garantire la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ad avviare le opportune iniziative volte a concludere il graduale percorso di stabilizzazione del personale precario degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale;

14) ad individuare risorse economiche adeguate per la formazione periodica dei medici e del personale sanitario, programmando e ridefinendo percorsi formativi in relazione ai fabbisogni attuali e futuri di professionalità mediche e sanitarie, nonché alle tipologie di fabbisogni di assistenza alla popolazione, in particolare incrementando e valorizzando le figure professionali che operano nella prevenzione e a livello territoriale;

15) a sostenere, per quanto di competenza, l'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere interdisciplinare e trasversale in riferimento ad ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale, secondo una visione globale del concetto di salute, attraverso l'erogazione di cure appropriate con la presa in carico della «persona» malata, tenuto conto delle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, anche sulla base di tutti i fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il «vissuto» ed, in particolare, ad assumere altresì iniziative appropriate per eliminare le discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie ed in tale contesto a:

a) riconoscere il genere come determinante fondamentale di salute,

b) eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario,

c) fornire indicazioni sull'interfaccia farmaci/dispositivi medici e differenze di genere,

d) ridurre i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne,

e) garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici, una rappresentanza paritetica delle donne, ancora classificate come sottogruppo demografico;

16) ad adottare le iniziative di competenza volte a istituire l'Agenzia nazionale per la salute mentale, come proposto dalla Società di neuropsicofarmacologia, dalla Società italiana di psichiatria, dalla Società di neuropsichiatria infantile e dalla Federazione dei dipartimenti delle dipendenze, allo scopo di coordinare le risorse e indirizzarle in maniera adeguata secondo criteri di evidenza scientifica, al fine di applicare in tutte le regioni in maniera uniforme i protocolli diagnostico-terapeutici, anche sostenendo e avviando campagne capillari per affermare il concetto di prevenzione in tutta la popolazione;

17) ad assumere iniziative ed individuare adeguate risorse economiche per la completa e uniforme, sul territorio nazionale, attuazione della legge 29 luglio 1975, n. 405, che ha istituito i consultori come servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva tenuto conto che nella maggior parte dei consultori, essenziali per l'attuazione della legge n. 194 del 1978, vede la mancanza di strumenti e carenza di personale;

18) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire l'integrale attuazione della legge n. 194 del 1978 uniformemente su tutto il territorio nazionale, assicurando alle donne il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, affrontando e superando in particolare le criticità dovute all'assenza diffusa di personale sanitario non obiettore, tenuto conto della rilevanza della percentuale di medici obiettori;

19) a inviare alle competenti Commissioni parlamentari con cadenza annuale una relazione dettagliata sulle azioni di promozione e di sostegno della medicina di genere attuate nel territorio nazionale, in particolare riguardo al piano sulla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, sulla formazione e pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengono conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di verificare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale;

20) a garantire che gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità produttiva degli stabilimenti industriali di interesse strategico nazionale siano prioritariamente finalizzati alla tutela della salute dei cittadini, in particolare dei minori, dei lavoratori e alla tutela dell'ambiente.

(1-00069) «Zanella, Bonelli, Borrelli, Dori, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti».

(15 febbraio 2023)