

PARERE DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e Sanità)

(Estensore: Sen. Annamaria PARENTE)

Roma, 23 marzo 2021

Sul documento:

(Doc. XXVII, n. 18) *Piano nazionale di ripresa e resilienza*

La 12^a Commissione permanente,

esaminata la proposta in titolo,

premesso che essa si sviluppa secondo tre assi strategici (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale) e si articola in sei missioni (digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute);

sottolineato che i profili di competenza della Commissione si rinvengono prevalentemente nella missione 6 ("Salute"), che si articola in due componenti: la prima concernente l'assistenza di prossimità e la telemedicina; la seconda riguardante l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria;

preso atto che le risorse per la missione anzidetta sono nell'ordine di 19,7 miliardi di euro e rilevato che tale dotazione andrebbe incrementata;

esprime, per quanto di competenza, parere favorevole, con le seguenti osservazioni, volte a integrare le linee di intervento previste e a individuare delle linee di intervento ulteriori e specifiche, ad affinamento e completamento delle proposte già contenute nel documento esaminato.

Al Presidente delle
Commissioni riunite 5^a e 14^a
SEDE

La Commissione rileva che il PNRR individua, a seguito della terribile epidemia da coronavirus, nel rafforzamento del sistema ospedaliero e soprattutto nel sostegno alla medicina territoriale gli assi portanti del cambiamento del SSN, con l'obiettivo di raggiungere una reale integrazione sociosanitaria e un'omogeneità di accesso alle cure.

Preso atto che le due componenti della missione "Sanità" sono l'assistenza di prossimità e la telemedicina, da una parte, e l'innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, dall'altra, e considerato che il Governo intende sottendere agli interventi delle due componenti della missione azioni riconducibili a riforme trasversali e di sistema, la Commissione ritiene di dover osservare anzitutto che:

- per la realizzazione del PNRR e della digitalizzazione occorre affrontare i due nodi principali dell'attuale sistema: la burocrazia e le differenze regionali. Queste due componenti, oltre a caratterizzare, condizionano profondamente le *performance* del Servizio sanitario nazionale;

- l'attuale sistema sanitario appare squilibrato sulla parte ospedaliera: occorre pertanto potenziare la medicina territoriale e di prossimità, le cure domiciliari e l'integrazione socio sanitaria;

- i progetti previsti nel piano, a partire dall'istituzione delle case di comunità, non prefigurano ancora un modello di medicina territoriale che possa garantire un *continuum* assistenziale con al centro i bisogni dei pazienti;

- è fondamentale, tenuto conto del nesso tra salute e ambiente, mitigare l'impatto dei fattori inquinanti e istituire un Sistema Nazionale Prevenzione Salute-Ambiente e Clima (SNPS) con conseguenti atti applicativi ed attuativi che consentano di gestire la tematica Salute Ambiente Clima in sinergia con lo sviluppo economico e sociale del Paese, ed in piena integrazione con l'esistente Sistema Nazionale Protezione Ambientale (SNPA);

- la prevenzione deve essere un pilastro dell'azione del SSN: bisogna cominciare a guardare a lungo termine alla salute della popolazione, perché tutto quello che si investe oggi in questo ambito sarà un guadagno in futuro, non solo sui capitoli della sanità ma su tutti i capitoli di bilancio;

- al centro del nuovo sistema sanitario *post* pandemia deve essere posta la formazione degli operatori sanitari e socio sanitari, privilegiando l'aspetto umanitario nella formazione scolastica, universitaria, post universitaria e permanente e tenendo presente che la fusione della tecnologia e dell'umanizzazione sarà l'arma vincente;

- fondamentali saranno l'impulso alla ricerca in campo sanitario, a partire da quella di base, e il sostegno alla produzione industriale farmaceutica, anche in relazione al tema dei vaccini;

- la giustizia e l'equità del sistema sanitario saranno misurate dalla capacità di prendersi cura delle persone più fragili, a partire dai pazienti affetti da malattie rare.

Ciò osservato in via preliminare, la Commissione propone:

1) un Progetto di Monitoraggio Nazionale sulla situazione esistente e sulle cause che hanno impedito di raggiungere gli obiettivi, che in alcuni campi erano già prefissati da anni. In particolare, occorre verificare il funzionamento degli *standard* definiti dal decreto ministeriale n. 70 del 2015 per la rete ospedaliera, sia per le terapie intensive che per la degenza ordinaria, prevedendo una progressiva integrazione del cosiddetto SET118 con il sistema di emergenza ospedaliero nonché la dotazione dei mezzi di soccorso avanzato con le più moderne tecnologie, in termini di connessione (il 5G) e di *device* e strumentazione idonea all'abbattimento del triage all'arrivo del paziente in Ospedale, consentendo l'immediata ospedalizzazione. E' necessaria altresì la realizzazione di un sistema di *rating* secondo il modello *Standard Ethics*, conferendo mandato ad Agenas e intervenendo sul decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di accreditamento istituzionale e messa a contratto erogatori con un sistema di *rating* premiante per le buone pratiche e disincentivante per coloro che performano al di sotto delle medie stabilite, che andranno ad essere valutate tra Agenas e la Conferenza Stato Regioni;

2) a proposito del Fascicolo sanitario elettronico, occorre cominciare con un sistema semplificato, modulare e sviluppabile nel tempo (condiviso non solo a livello regionale ma nazionale), indispensabile anche per intervenire sugli indicatori di sanità pubblica (Big data). É necessario uniformare a livello nazionale i sistemi del servizio sanitario attinenti a cartella clinica (referti di esami ematici, radiologici, di

medicina nucleare e altro), visualizzazione a distanza di esami radiologici, medicina nucleare, emodinamica, teleconsulti tra professionisti (riunioni multidisciplinari allargate a professionisti di ospedali e specialità diverse), telemedicina;

3) occorre organizzare i sistemi informatici ospedalieri per la raccolta di dati a vari scopi: epidemiologici, casistica, appropriatezza, produttività e altro;

4) occorre eliminare il formato cartaceo, fornendo a tutti gli operatori sanitari dispositivi adeguati e formazione per redigere in tempo reale la cartella del paziente e gli altri documenti di rilievo sanitario;

5) occorre avviare una riforma volta al coordinamento informativo statistico e informatico dei dati del sistema sanitario, che preveda o l'obbligatorietà dell'interoperabilità tra i diversi *software* o, preferibilmente, la realizzazione di una piattaforma digitale nazionale, in modo da superare l'attuale impossibilità di condivisione dei dati tra i vari attori (regioni, ospedali, reparti, medici di medicina generale e pediatri di libera). In tale ambito, specifica attenzione dovrebbe essere data al tema della *cyber security*, allo scopo di proteggere i dati sensibili e le reti da eventuali attacchi informatici;

6) occorre prevedere azioni di preparazione atte ad evitare conseguenze gravi dovute ad eventuali altre pandemie, con un progetto che contempli l'istituzione di una Guardia Sanitaria nazionale composta da operatori sanitari e socio sanitari e da volontari in formazione continua ed in grado di intervenire repentinamente sia nelle terapie intensive che negli interventi di medicina territoriale e domiciliare;

7) occorre la messa in campo della Medicina Predittiva, con aggiornamento sistemico dei Livelli Essenziali di Assistenza di emergenza urgenza pre-ospedaliera congiuntamente a quelli del servizio di emergenza ospedaliero, di territorializzazione delle cure, di ospedalizzazione domiciliare e di domiciliarizzazione tecnologicamente assistita integrata con la medicina di base e, soprattutto, chiamando a concorrere tutti gli erogatori pubblici e privati, accreditati e a contratto. Il sistema proposto pertanto non si fonda solo su competenze sanitarie e tecnologie tipicamente ospedaliere, ma soprattutto sull'appropriatezza degli accertamenti diagnostici, di cura e stabilizzazione dei parametri vitali di livello avanzato in sinergia con la medicina

territoriale, quale servizio di continuità assistenziale evoluto ed integrato, nonché agendo per rafforzare l'effettiva messa a regime del fascicolo sanitario elettronico, comprensivo del piano individuale terapeutico farmacologico e, ove possibile, anche socio sanitario elettronico;

8) occorrono interventi per cambiare l'approccio alla salute, che deve essere basato di più sulla medicina preventiva, sia primaria che secondaria, e sull'utilizzo di cure innovative;

9) occorre, per dare sostegno alla fragilità, alla cronicità, alla disabilità, rivedere i Piani nazionali specifici, spesso obsoleti o non rinnovati, finanziandoli con progetti dedicati anche nell'ambito del PNRR;

10) occorre la realizzazione di *screening* in modo sistematico su tutta la popolazione (a partire dalle mammografie, per proseguire con *screening* colon, cardiaci e SHD, fondo oculare);

11) occorre prevedere l'ampliamento e il rafforzamento dei servizi per la salute mentale, inclusi quelli dedicati alla cura del disagio psicologico dei bambini e degli adolescenti, soprattutto a seguito della pandemia;

12) nell'ambito del sistema di prevenzione, occorre individuare un programma specifico per l'efficientamento delle attività predisposte dal Servizio Sanitario Nazionale in materia di prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, nel cui novero rientrano anche la dipendenza da alcol, la dipendenza patologica da sostanze stupefacenti e psicotrope nonché la dipendenza da gioco d'azzardo patologica;

13) occorre prevedere, quale ulteriore obiettivo di rilievo nell'ambito della missione 6, la definizione di nuove forme di finanziamento e sostenibilità in grado di garantire l'accesso alle terapie innovative al più ampio numero di pazienti potenzialmente eleggibili, individuando nuovi modelli di accesso per quelle terapie che hanno anche una evidente componente di investimento per il servizio sanitario;

14) è necessario rendere, finalmente, pienamente esigibili gli screening neonatali per la diagnosi di malattie genetiche rare ed aggiornare frequentemente la lista delle malattie da ricercare in relazione all'evoluzione delle evidenze scientifiche raggiunte

nel tempo in campo diagnostico-terapeutico per le malattie metaboliche ereditarie, includendovi anche le patologie neuromuscolari genetiche.

15) occorre finanziare campagne per la promozione di stili di vita corretti a partire dalle scuole e rilanciare la medicina scolastica come sistema di prevenzione, anche delle epidemie, progettando un sistema di sorveglianza attiva sul territorio supportata da sistemi tecnologici avanzati;

16) bisogna rafforzare le attuali previsioni di azioni per la medicina territoriale e le cure domiciliari. E' decisivo, al riguardo, individuare i soggetti che dovrebbero essere i protagonisti della trasformazione (a solo titolo di esempio: le guardie mediche e le autoambulanze, ma anche le RSA; la medicina di laboratorio, le farmacie) sia per delineare le modalità di *governance* dell'assistenza sia per progettare adeguatamente la telemedicina. È necessario mettere al centro di un nuovo sistema di *governance* territoriale i medici di cure primarie, i loro compiti e la loro organizzazione. Occorre configurare il medico di medicina generale come un “primario territoriale”, con compiti di supporto, orientamento e valutazione nell'ambito della rete dei medici e dei pediatri di famiglia e in relazione agli altri presidi territoriali;

17) occorre prevedere che tra i servizi erogati nella casa di comunità siano garantiti percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona, con un approccio che tenga conto delle differenze di genere in tutte le fasi e gli ambienti della vita, con la presenza di psicologi delle cure primarie, di figure professionali di educatori e pedagogisti, di infermieri di famiglia/comunità, e con l'ampliamento della rete dei consultori;

18) occorre prevedere l'Integrazione tra rete ospedaliera e territorio, per una domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure sulla base di definiti protocolli e linee guida nazionali in risposta ad emergenze epidemiologiche, secondo principi di appropriatezza e innovazione, al fine di rimodulare il servizio di assistenza domiciliare non solo per ridurre gli Accessi al pronto soccorso bensì come vero e proprio servizio di gestione del paziente cronico e/o non autosufficiente, creando con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta un servizio di continuità assistenziale di prossimità, anche telefonico o telematico, efficace e con tracciabilità

integrata attraverso il fascicolo sanitario e socio-sanitario elettronico, e ambulatori mobili per diagnosi e screening secondo le specificità territoriali. Tale forma di assistenza deve essere inserita in un sistema di riforma delle RSA e deve rappresentare un progetto specifico di assistenza per gli anziani e più in generale per tutti i pazienti cronici e i soggetti non autosufficienti. In tale ambito, è necessario introdurre nei LEA ausili e strumenti innovativi necessari a prevenire e/o curare la formazione di particolari patologie nei soggetti non autosufficienti o costretti all'immobilità;

19) va definito un progetto integrato di formazione del personale sanitario e socio sanitario, innanzitutto eliminando il precariato in sanità e risolvendo il problema del cosiddetto imbuto formativo. Bisogna innovare la formazione a tutti i livelli, promuovendo una strategia nazionale di formazione integrata tra università e servizi sanitari con priorità per le specializzazioni carenti nella rete preospedaliera e ospedaliera di emergenza urgenza, prendendo in considerazione innovative modalità formative e di praticantato specialistico.

È indispensabile inoltre un'evoluzione della formazione specialistica in medicina generale, che preveda l'istituzione di Scuole di specializzazione universitaria in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie, a partire dalle attuali scuole di specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie.

Sarebbe opportuno prevedere anche una specializzazione medica post-laurea in materia di medicina ambientale e, all'interno dei dipartimenti di prevenzione, l'istituzione di unità operative di medicina ambientale. Tale branca della medicina dovrebbe operare anche nell'ambito di un nuovo sistema di prevenzione integrata Salute-Ambiente.

Fondamentale sarebbe anche avviare una vera e propria formazione alla ricerca per medici di medicina generale e infermieri, e strutturare negli organici i *datamanager* (o *study coordinator*);

20) occorre investire nella produzione di vaccini (inclusi quelli a mrna) e farmaci o terapie innovative, come gli anticorpi monoclonali, così da rendere il Paese autonomo in tali comparti rivelatisi strategici;

21) occorre superare l'attuale nomenclatore tariffario per un nuovo sistema basato su un repertorio periodicamente aggiornabile con modalità dinamiche e tempestive in funzione dell'evoluzione delle tecnologie e dei bisogni;

22) occorre, come innanzi accennato, istituire un nuovo Sistema Nazionale di Prevenzione Salute-Ambiente, nel cui ambito prevedere anche il coinvolgimento delle ARPA (Agenzia Regionale Protezione Ambiente) e di ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale).

Sen. Annamaria Parente