

## **MOZIONE SPORTIELLO (M5S)**

La Camera 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 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;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) 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 Ssn, 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;
- 7) ad adottare iniziative volte a garantire al Ssn 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;
- 8) 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;
- 9) ad adottare iniziative in merito all'inappropriato utilizzo delle risorse del Ssn, 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);

10) 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;

11) 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 Sistema 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;

12) 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;

13) 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;

14) 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;

15) 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;

16) 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;

17) 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;

18) 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;

19) 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;

20) 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;

21) 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;

22) 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;

23) 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;

24) 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.

#### **MOZIONE BONETTI (AZ-IV)**

La Camera 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

SSN 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 a rendere maggiormente attrattivo il Sistema sanitario nazionale per i professionisti, assicurando giusti compensi e favorendo un'opportuna organizzazione del lavoro e specifiche tutele contrattuali, un'adeguata formazione e aggiornamento delle professionalità operanti nel Sistema sanitario nazionale, nonché il consolidamento delle esperienze già acquisite, anche attraverso appositi percorsi di stabilizzazione, nell'ottica di un definitivo superamento delle diverse forme di precariato, perseguendo, al contempo, l'obiettivo di arginare il crescente fenomeno della fuga dagli ambiti specialistici considerati meno redditizi

3) 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;

4) ad adottare iniziative per prevedere un piano di potenziamento della sanità e dell'assistenza territoriale, in coerenza con gli investimenti previsti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, introducendo strumenti innovativi di medicina personalizzata e telemedicina, anche tramite la completa attuazione del fascicolo sanitario elettronico;

5) 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 di 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;

6) 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 Piano nazionale di ripresa e resilienza;

7) a valutare, unitamente al MEF e nel rispetto dei vincoli di bilancio, la possibilità di aggiornare il vigente sistema in materia di payback sui dispositivi medici e sui farmaci;

8) ad adottare iniziative volte a 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;

9) 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;

10) 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 adoperarsi al fine di adottare i decreti attuativi di cui alla legge n. 32 del 2022 per prevedere 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 svolte dai soggetti accreditati;

11) a valutare l'opportunità di 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.

### **MOZIONE CIOCCHETTI (FdI)**

La Camera premesso 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 proseguire nel percorso volto ad accrescere e migliorare le competenze digitali del Sistema sanitario nazionale, massimizzare le potenzialità dell'utilizzo di tecnologie digitali e 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, nel rispetto dei vincoli di bilancio, 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, valorizzando 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, anche al fine di superare gli attuali vincoli di spesa del personale sanitario e promuovendo il tempestivo rinnovo dei contratti di settore, nonché adeguati meccanismi di incentivazione economica per le 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 nel rispetto delle competenze regionali, dei documenti di programmazione, nonché nel rispetto dei vincoli di bilancio;

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.

### **MOZIONE FURFARO (PD)**

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;

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 disegualianze territoriali e garantire efficacemente su tutto il territorio nazionale i livelli essenziali di assistenza (Lea);
- 6) ad adottare le iniziative di competenza volte a finalizzare le risorse previste dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, 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 proporre ogni necessaria iniziativa per valorizzare il ruolo del medico di medicina generale nell'ambito della nuova rete territoriale che si realizza con la Missione 6 del PNRR, anche attraverso la sburocratizzazione dei relativi compiti e la riforma del relativo percorso formativo;
- 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 aggiornando il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015;
- 13) a valutare la possibilità 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 nel rispetto dell'intesa in Conferenza permanente Stato-regioni;
- 14) 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;
- 15) ad assumere nei limiti dei vincoli di bilancio 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;

16) ad assumere tutte le iniziative di competenza necessarie, anche attraverso i rinnovi contrattuali, per garantire un'adeguata retribuzione ai professionisti sanitari italiani, in linea con quella media degli altri Stati europei;

17) 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;

18) 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;

19) 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;

20) 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;

21) 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;

22) a valutare la possibilità d'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 in considerazione delle attività in corso;

23) a valorizzare e sviluppare, come previsto dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge n. 34 del 2020, la figura dell'infermiere di comunità, adottando ogni opportuna iniziativa al fine di implementare il relativo processo formativo;

24) 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;

25) a prevedere, nel rispetto della vigente normativa europea, 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;

26) 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;

27) 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;

28) a valutare la possibilità, con specifica previsione di copertura finanziaria 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;

29) 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;

30) a promuovere nel rispetto dei vincoli di bilancio 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;

31) 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;

32) 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;

33) a valutare 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;

34) 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.

#### **MOZIONE ZANELLA (AV-SI)**

La Camera impegna il Governo impegna il Governo a:

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 stanziare 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) 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;
- 3) ad individuare le necessarie risorse da destinare al rinnovo del contratto nazionale di lavoro del personale sanitario anni 2022-2024;
- 4) 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;
- 5) 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 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;
- 6) ad adottare tutte le iniziative necessarie ad assicurare che il ricorso all'intramoenia sia una libera scelta del cittadino, assicurando 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;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) 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 (Mmg, Pls, 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;
- 10) 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 sociosanitaria distrettuale, centri aperti 24 ore su 24, assistenza domiciliare integrata, residenziale, semiresidenziale ed altro;
- 11) 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;

12) 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;

13) a proseguire nell'investimento di 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;

14) 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;

15) a valutare la possibilità di adottare le iniziative di competenza nel rispetto dei limiti di bilancio 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, omogenei da 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;

16) 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 sociosanitari 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 194, vede la mancanza di strumenti e carenza di personale;

17) a garantire l'integrale attuazione della legge n. 194 del 1978 uniformemente su tutto il territorio nazionale, anche con riferimento al ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza;

18) 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;



19) 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.