

Camera dei Deputati

**Legislatura 19
ATTO CAMERA**

Sindacato Ispettivo

MOZIONE : 1/00197
presentata da **ZANELLA LUANA** il **11/10/2023** nella seduta numero **176**

Stato iter : **IN CORSO**

COFIRMATARIO	GRUPPO	DATA FIRMA
BONELLI ANGELO	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
BORRELLI FRANCESCO EMILIO	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
DORI DEVIS	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
EVI ELEONORA	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
FRATOIANNI NICOLA	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
GHIRRA FRANCESCA	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
GRIMALDI MARCO	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
MARI FRANCESCO	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
PICCOLOTTI ELISABETTA	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023
ZARATTI FILIBERTO	ALLEANZA VERDI E SINISTRA	11/10/2023

TESTO ATTO**Atto Camera****Mozione 1-00197**

presentato da

ZANELLA Luana

testo di

Mercoledì 11 ottobre 2023, seduta n. 176

La Camera,

premessi che:

l'articolo 32 della Costituzione sancisce la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e la Repubblica è chiamata a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana mentre l'articolo 2, avendo ben presente le difformità territoriali presenti nell'accesso alle cure ed alla prevenzione incarica il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze a perseguire il superamento degli squilibri territoriali;

la legge 23 dicembre 1978, n. 833 è la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn) emanata con l'obiettivo di garantire l'universalità, l'uguaglianza e l'uniformità delle prestazioni e servizi in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale e in questo modo garantire la piena attuazione del diritto alla salute che deve vedere un finanziamento adeguato da parte dello Stato; complessivamente si è assistito negli anni precedenti, fatto salvo il periodo di emergenza sanitaria da Covid, come reso noto da osservatori quale ad esempio il Gimbe, a una riduzione di stanziamenti pari a complessivi 37 miliardi di euro;

la Nota di aggiornamento al Def del 2023 indica una prosecuzione della riduzione delle risorse che anche se ha visto nel 2023 una spesa sanitaria in aumento del 2,8 per cento pari a oltre 3,6 miliardi di euro, si riduce dal 6,7 per cento del 2022 al 6,6 per cento del 2023, al 6,2 per cento nel 2024 e 2025 rispetto al Pil, aumentando il gap con i principali Paesi europei;

l'ammontare degli stanziamenti per la spesa sanitaria nei prossimi anni non serviranno neanche per colmare gli aumenti dei prezzi;

in tale contesto non si prevedono risorse per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego e in particolare per il settore sanitario fatto che non contribuisce né alla grave carenza di medici di medicina generale, di pediatri e infermieri né a frenare la perdurante privatizzazione della sanità come si evidenzia ad esempio nella questione dei medici e infermieri a gettone;

le continue riduzioni e tagli hanno determinato l'aggravarsi delle disparità sociali e delle differenze territoriali dove si riscontrano evidenti inadempimenti rispetto alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, questo insieme all'impoverimento di vasti settori di cittadini ha prodotto anche l'abbandono da parte di milioni di cittadini delle cure e delle attività di prevenzione;

la Missione 6 del PNRR ha stanziato risorse di oltre 15,6 miliardi di euro che dovrebbero realizzare reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria nonché

realizzare programmi per la indispensabile innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale;

la Missione 6 del PNRR prevedeva infatti la costituzione di 1.350 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 e degli ospedali; la realizzazione di reti di prossimità, della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; l'integrazione dei servizi sociosanitari; la promozione dell'innovazione, della ricerca e delle digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale;

ora gli obiettivi della Missione 6 rischiano di essere pesantemente ridotti tenuto conto del fatto che nelle intenzioni del Governo le case della comunità si ridurrebbero da 1.350 a 936, gli ospedali di comunità si ridurrebbero da 400 a 304; le centrali operative territoriali (Cot) scendono da 600 a 524; il fascicolo sanitario elettronico dovrebbe essere integrato solo con l'inserimento dei documenti dei nativi digitali, escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi; mentre i progetti di telemedicina sono posticipati;

particolari criticità si evidenziano nel sostegno alla maternità tenuto conto che si è assistito alla chiusura di numerosi punti nascita, incidendo pesantemente nelle aree svantaggiate e disagiate così come le politiche sulla maternità non hanno permesso alle donne di conciliare i tempi della famiglia con i tempi del lavoro, risultando insufficienti servizi e i sostegni al reddito; mentre si continua a non affrontare la piena attuazione della legge 194 sull'interruzione di gravidanza causata in particolare dalla insufficienza di medici non obiettori;

è importante 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 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;

la gestione delle liste di attesa costituisce uno degli aspetti più critici di un sistema sanitario, che dovrebbe essere organizzato su base universalistica e istituzionalmente deputato a rispondere alla domanda di prestazioni mediche da parte dei cittadini in condizioni di parità di accesso e in tempi compatibili con le esigenze di cura richieste dalle specifiche condizioni di salute di ognuno di essi; non sono ancora oggi attuati e operativi pienamente i Livelli essenziali di assistenza, modificati nel 2017, segnalando in tale contesto come il cosiddetto «decreto tariffe» del 23 giugno 2023 per le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per le tariffe dell'assistenza protesica che prevede costi di circa 400 milioni di euro, da compensare con l'incremento del Fondo sanitario nazionale senza alcuna certezza che questo avvenga;

nell'ambito delle riforme connesse al PNRR, il decreto ministeriale n. 77 del 2022 ha come obiettivo l'integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche e la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità attraverso una efficace integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario, basato proprio sulle case della comunità, le centrali operative territoriali, l'infermiere di famiglia e di comunità, le unità di continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare, gli ospedali di comunità, proprio quegli obiettivi che rischiano di essere ridotti dalla revisione del PNRR e che sono fondamentali per l'attuazione del modello definito sia dal PNRR che dal decreto n. 77 del 2022;

il futuro del Servizio sanitario nazionale, come sancito dalla legge n. 833 del 1978 ed in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione è a rischio per il percorso avviato dal Governo sull'autonomia differenziata, tenuto conto che già oggi il diritto alla tutela alla salute è nei fatti condizionato da disuguaglianze e iniquità tra i 21 sistemi sanitari delle regioni e province autonome. Una proposta di autonomia differenziata destinata ad amplificare le disuguaglianze di un Ssn che deve essere universalistico, perché verrebbe meno una reale capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle regioni. Il regionalismo differenziato rischia di sancire definitivamente il divario tra Nord e Sud, mentre il diritto alla tutela della salute deve essere assicurato uniformemente sull'intero territorio nazionale uno degli obiettivi prioritari;

è necessario frenare la strisciante privatizzazione delle prestazioni sanitarie che vede da una parte sempre più, a causa delle lunghe liste d'attesa, il ricorso a prestazioni da enti convenzionati e dall'altra il sempre maggiore ricorso all'intramoenia che quasi del tutto si svolge all'interno delle Asl, così come ai fondi integrativi e alle polizze private. Si stima che le convenzioni ed esternalizzazioni incidano sul Fondo sanitario nazionale per una percentuale del 40 per cento, una contraddizione sulla quale è necessario intervenire per recuperare risorse che vadano a sostegno del Servizio sanitario nazionale;

la previsione di una popolazione ultra-65enne pari al 35 per cento del totale nel 2050 (23,5 per cento nel 2021), impone due azioni: aumentare il più possibile gli anni di vita in salute e approntare prima possibile un sistema di cure di lungo periodo in grado di reggere questo tipo di carico assistenziale;

la riforma della non autosufficienza recata dalla Missione M5C2 del PNRR deve essere direttamente collegata al decreto ministeriale n. 77 del 2022: «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» che a sua volta è collegato alla Missione M6C1 del PNRR; questo perché deve essere chiaro come lo sviluppo dei servizi dedicati alla non autosufficienza debbano essere inseriti nella più ampia trasformazione dei sistemi territoriali sanitari e sociali;

la medicina di genere risponde al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze di genere, nonché l'adeguatezza dell'intervento sulla salute. La medicina di genere, quindi, va attivata e sostenuta in quanto la sua valenza applicativa è stata già comprovata da evidenze cliniche e dalla ricerca. Non a caso 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;

le regioni insulari scontano svantaggi derivanti dalla condizione di insularità dalla quale deriva un gap rilevante rispetto alla capacità di garantire il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria ai residenti spesso costretti a rivolgersi per le cure presso altre regioni, questo anche a causa dei parametri nazionali che definiscono il dimensionamento delle reti ospedaliere;

con il Covid e la conseguente emergenza sanitaria si è modificato anche il rapporto tra degenti e famigliari nelle strutture ospedaliere con una evidente riduzione delle ore di visita. La visita dei parenti o persone legate da vincoli affettivi ad una persona in ospedale ha una fondamentale importanza nel sostegno psicologico e affettivo che ha una valenza nell'ambito del percorso di cura, impegna il Governo:

1) ad attuare integralmente quanto previsto dalla Missione 6 del PNRR senza operare alcuna riduzione degli interventi e dei programmi ivi previsti;

- 2) a dare piena e completa attuazione al decreto ministeriale n. 77 del 2022, anche attraverso l'utilizzo pieno delle risorse previste dalla Missione 6 del PNRR, al fine di realizzare, in ogni distretto sanitario, le centrali operative territoriali, le case della comunità e gli ospedali di comunità per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza al domicilio del paziente;
- 3) ad adottare iniziative volte a destinare risorse adeguate finalizzate alla piena attuazione della Missione 6 del PNRR e garantire 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;
- 4) 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, adottando iniziative volte a prevedere un finanziamento del Fondo sanitario nazionale in linea con la media delle risorse stanziare dai Paesi dell'Unione europea in rapporto al Pil, 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;
- 5) a garantire risorse adeguate alla attuazione nonché all'aggiornamento dei Lea uniformemente sul territorio nazionale attuando le misure necessarie a superare gli attuali gap territoriali nonché a individuare le risorse per la copertura del decreto tariffe del 23 giugno 2023 per le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per le tariffe dell'assistenza protesica con l'incremento del Fondo sanitario nazionale;
- 6) a stanziare le necessarie risorse finanziarie per il rinnovo del contratto nazionale 2022-2024 del personale del Servizio sanitario nazionale e contestualmente definire con le organizzazioni sindacali la definizione dettagliata del fabbisogno di personale negli enti del Ssn;
- 7) a procedere ad una profonda revisione del sistema delle convenzioni nonché delle esternalizzazioni per destinare tali risorse al Ssn al fine di garantire l'erogazione di prestazioni da parte del servizio sanitario pubblico;
- 8) 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, uniformemente sul territorio nazionale in coerenza con il dettato costituzionale;
- 9) ad adottare iniziative di competenza volte ad incrementare il Fondo sanitario nazionale con risorse da destinare alla ricerca farmaceutica;
- 10) ad estendere l'assistenza e la terapia domiciliare in materia uniforme su tutto il territorio nazionale per i pazienti cronici e le persone affette da malattie rare;
- 11) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire ulteriori risorse al Fondo sanitario nazionale al fine di garantire l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025;
- 12) a sostenere ogni iniziativa finalizzata alla attuazione capillare su tutto il territorio nazionale della legge n. 405 del 1975 in materia di consultori in quanto servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari a tutela della salute della donna, delle persone in età evolutiva e in adolescenza, delle coppie prevedendo altresì il loro inserimento nella riorganizzazione territoriale prevista dal PNRR;
- 13) a garantire in tutte le regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano il diritto all'interruzione di gravidanza come sancito dalla legge n. 405 del 1978, assumendo tutte le iniziative per superare 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;

- 14) ad assumere le iniziative di competenza per l'attuazione definitiva del Fascicolo sanitario elettronico anche come elemento di verifica dei Livelli essenziali di assistenza;
- 15) ad adottare iniziative per 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 sostenuta da una perdurante carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale, con ricadute dei costi sui cittadini e sulla sanità pubblica;
- 16) 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;
- 17) ad avviare e completare le opportune iniziative volte a concludere il graduale percorso di stabilizzazione del personale precario degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale;
- 18) ad adottare in tempi brevi, previo confronto con enti locali, regioni e associazionismo, i decreti legislativi al fine della effettiva attuazione alla legge 23 marzo n. 33, in materia di non autosufficienza, individuando, altresì, congrue risorse economiche finalizzate a rafforzare la prevenzione, la cura a domicilio e la riqualificazione delle strutture residenziali e semi residenziali;
- 19) 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 pluridimensionale, secondo una visione globale del concetto di salute, attraverso l'erogazione di cure appropriate con la presa in carico della «persona» malata, sulla base delle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, nonché di tutti i fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il «vissuto» ed, in particolare, ad assumere iniziative per eliminare le discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie, riconoscendo il genere come determinante fondamentale di salute, eliminando le disuguaglianze di genere in campo sanitario, fornendo indicazioni sull'interfaccia farmaci/dispositivi medici e differenze di genere, assumendo i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne, attuando le misure necessarie atte a ridurre i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne; garantendo, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici, una rappresentanza paritetica delle donne, ancora classificate come sottogruppo demografico;
- 20) a valutare, d'intesa con le regioni insulari, una deroga ai parametri nazionali per il dimensionamento delle reti ospedaliere nelle regioni i cui territori presentano caratteristiche geografiche particolari e con livelli insufficienti di infrastrutturazione delle reti di trasporto locale;
- 21) a disporre, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, un incremento delle possibilità e delle ore di visita da parte dei parenti o persone legate dai vincoli affettivi di degenti nelle strutture ospedaliere allo scopo di fornire ai degenti nelle strutture ospedaliere allo scopo di fornire ai degenti il miglior supporto psicologico ed affettivo, fatte comunque salve le attività di assistenza da parte dei medici ed infermieri con le quali le visite non devono interferire.

(1-00197) «Zanella, Bonelli, Borrelli, Dori, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti».