

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	46
INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:	
5-07755 Bologna: Iniziative per ottemperare alla legge n. 81 del 2020 per tutelare il diritto alla salute dei pazienti affetti da cefalea cronica	47
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	50
5-07756 Noja: Iniziative per assicurare agli ospiti delle RSA e di strutture analoghe il diritto di visita da parte di parenti e familiari muniti delle certificazioni verdi	47
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	51
5-07757 Nappi: Sui rilievi espressi dalla Conferenza delle Regioni sullo schema del cosiddetto « DM 71 », relativo alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale	47
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	53
5-07758 Lapia: Aggiornamento del nomenclatore tariffario con riferimento alle prestazioni relative alla procreazione medicalmente assistita	48
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	55
5-07759 Carnevali: Iniziative per rimuovere le cause che impediscono l'approvazione del nuovo Piano oncologico nazionale	48
ALLEGATO 5 (Testo della risposta)	56
5-07760 Gemmato: Misure per garantire l'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini del comune Campione d'Italia	48
ALLEGATO 6 (Testo della risposta)	58
5-07761 Paolin: Sulla mancata attenzione da parte del PNRR alla necessità di potenziare gli standard organizzativi, ricettivi e tecnologici delle RSA	49
ALLEGATO 7 (Testo della risposta)	60
5-07762 Novelli: Iniziative per fronteggiare la carenza di infermieri	49
ALLEGATO 8 (Testo della risposta)	62

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

Giovedì 24 marzo 2022.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle
14.10 alle 14.20.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 24 marzo 2022. — Presidenza della vicepresidente Rossana BOLDI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Andrea Costa.

La seduta comincia alle 14.20.

Rossana BOLDI, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

5-07755 Bologna: Iniziative per ottemperare alla legge n. 81 del 2020 per tutelare il diritto alla salute dei pazienti affetti da cefalea cronica.

Fabiola BOLOGNA (CI) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Fabiola BOLOGNA (CI), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta fornita dal sottosegretario, che ringrazia soprattutto per le puntualizzazioni in merito alle procedure di attuazione della legge 14 luglio 2020, n. 81, e alle difficoltà che le stanno caratterizzando, delle quali è opportuno rendere edotti i cittadini. Nel ricordare come la cefalea primaria cronica sia una patologia neurologica di genere, caratterizzata da notevoli impatti sociali ed economici nonché dal fatto di essere soggetta allo stigma della banalizzazione, si dichiara felice di apprendere, in particolare, che il Governo si stia attivando per rendere omogenea la presa in carico dei pazienti su tutto il territorio nazionale.

5-07756 Noja: Iniziative per assicurare agli ospiti delle RSA e di strutture analoghe il diritto di visita da parte di parenti e familiari muniti delle certificazioni verdi.

Lisa NOJA (IV), intervenendo da remoto, rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*), precisando come la questione messa in evidenza dalla medesima interrogazione sia effettivamente rilevante e che, nonostante i molteplici sforzi messi in atto dal Parla-

mento e dal Governo, l'applicazione sul territorio della normativa in materia resta disomogenea.

Lisa NOJA (IV), replicando, si dichiara soddisfatta dalla risposta del sottosegretario e ribadisce di essere pienamente consapevole del notevole sforzo comune messo in atto dal Parlamento e dal Governo per garantire l'applicazione omogenea sul territorio delle norme in materia di visite agli ospiti delle RSA da parte dei familiari. Tuttavia, fa notare come su questo tema sia fondamentale tenere costantemente accesi i riflettori, visto che i parlamentari continuano a ricevere segnalazioni, in alcuni casi anche strazianti, da parte di cittadini che intendono monitorare le condizioni di salute dei loro cari, e che nel vedersi in taluni casi negata questa possibilità, vedono parzialmente inciso il proprio diritto, di rilievo costituzionale, all'affettività familiare. Il fatto che l'applicazione parziale delle norme vigenti in materia di visite agli ospiti delle RSA perduri anche nel quadro attuale, nel quale la pandemia appare ormai sotto controllo, genera la grave e legittima preoccupazione, per le famiglie interessate, che essa possa divenire strutturale.

5-07757 Nappi: Sui rilievi espressi dalla Conferenza delle Regioni sullo schema del cosiddetto «DM 71», relativo alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale.

Silvana NAPPI (M5S) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Silvana NAPPI (M5S), replicando, si dichiara non soddisfatta dalla risposta del Governo. In particolare, ad avviso dell'interrogante, appare del tutto non condivisibile la logica, della quale il PNRR sembra intriso, di ricostruire *ex novo* il sistema di assistenza sanitaria territoriale del nostro Paese, anziché prendere atto dell'esistenza di un tessuto di servizi che, seppure biso-

gnoso di riforma e di investimento, esiste già. Questo approccio rischia di rinviare al futuro, e in particolare al 2026, tutto un insieme di riforme che, al contrario, partendo dall'esistente, potrebbero essere già incardinate. Anziché nella progettazione di un sistema completamente diverso dall'attuale, si dovrebbe investire tempo e risorse nella semplificazione dei percorsi terapeutici e di presa in carico già esistenti, snellendo le procedure, facilitando la vita all'utenza e riducendo le liste di attesa. Inoltre, si sarebbe dovuto immaginare un sistema di messa a rete delle figure che già operano sul territorio, attraverso una visione progettuale non solo teorica, ma al contrario capace di essere contemporaneamente prospettica ed efficace.

5-07758 Lapia: Aggiornamento del nomenclatore tariffario con riferimento alle prestazioni relative alla procreazione medicalmente assistita.

Riccardo MAGI (MISTO-A-+E-RI) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Riccardo MAGI (MISTO-A-+E-RI), replicando, si dichiara non soddisfatto dalla risposta del Governo. Ricorda che la propria interrogazione chiedeva di entrare nel merito di quanto contenuto nello schema di decreto di aggiornamento del nomenclatore tariffario, che fissa le tariffe per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, peraltro senza distinguere tra quella omologa e quella eterologa, alla cifra di 1.360 euro, ovvero ad una cifra pari a poco più della metà di quella minima congrua indicata dal Tavolo ministeriale per la ricerca e formazione nella prevenzione e cura dell'infertilità, e circa al 30 per cento in meno della tariffa minima applicata oggi a livello nazionale (quella della regione Toscana). Peraltro, lo schema di decreto conferma l'esclusione delle indagini diagnostiche preimpianto sull'embrione e continua a non prevedere rimborsi per i dona-

tori di gameti. In questo quadro, determinati fenomeni e pratiche rischiano di rimanere non governati e di spingere le persone interessate verso l'estero o, peggio, verso l'opacità.

5-07759 Carnevali: Iniziative per rimuovere le cause che impediscono l'approvazione del nuovo Piano oncologico nazionale.

Angela IANARO (PD) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmataria.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Angela IANARO (PD), replicando, si dichiara soddisfatta dalla risposta del Governo, che enuncia tutta una serie di obiettivi che effettivamente l'Esecutivo si è posto in tema di lotta contro il cancro, collocandosi in linea con le iniziative di livello europeo. Sottolinea tuttavia che nell'ultimo biennio si è sviluppata quella che potrebbe essere, a ragione, considerata una seconda emergenza accanto a quella epidemiologica, connessa all'altissimo numero di *screening* oncologici saltati (almeno 2 milioni) e all'altissimo numero di interventi oncologici posticipati.

Questa situazione è gravissima, e impone al Governo di procedere non solo in modo concreto e puntuale dal punto di vista del merito, cosa che sta facendo, ma anche con la dovuta rapidità: da questo punto di vista, si constata un certo ritardo rispetto agli impegni presi, che prevedevano l'inoltro alla Conferenza Stato-regioni del Piano oncologico nazionale entro l'inizio dello scorso autunno.

5-07760 Gemmato: Misure per garantire l'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini del comune Campione d'Italia.

Marcello GEMMATO (FDI) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Marcello GEMMATO (FDI), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta fornita dal sottosegretario, dalla quale emerge come sia probabilmente in arrivo una soluzione per la situazione di disservizio sanitario che i cittadini del comune di Campione d'Italia hanno vissuto negli ultimi anni, dovuta alla confusione creata dalla sovrapposizione, sul tema, di competenze statali e regionali.

5-07761 Paolin: Sulla mancata attenzione da parte del PNRR alla necessità di potenziare gli standard organizzativi, ricettivi e tecnologici delle RSA.

Giuseppe PAOLIN (LEGA) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 7*).

Giuseppe PAOLIN (LEGA), replicando e ringraziando il sottosegretario per la consueta disponibilità, si dichiara tuttavia insoddisfatto della risposta ricevuta, dalla quale a suo avviso emerge in modo palese la permanenza, nel PNRR, di un'ottica che mette in contrapposizione tra loro l'assistenza domiciliare e quella residenziale. Questi due tipi di assistenza non sono affatto in contraddizione tra loro, e andrebbero anzi potenziati entrambi, specialmente alla luce del fatto che, come bene ci rappresentano le proiezioni demografiche, nel 2050 oltre un terzo della popolazione italiana sarà composta da cittadini al di sopra dei 65 anni. Rinunciare anche solo

ad una delle due forme di assistenza sopra citate sarebbe un drammatico errore di programmazione.

5-07762 Novelli: Iniziative per fronteggiare la carenza di infermieri.

Roberto NOVELLI (FI) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Andrea COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 8*).

Roberto NOVELLI (FI), replicando, si dichiara complessivamente soddisfatto dalla risposta fornita dal sottosegretario, che dimostra come il Governo abbia chiara l'importanza della situazione evidenziata dall'interrogazione in oggetto. Tuttavia, assumendo una chiave prospettica, reputa evidente che la fotografia fornita dal sottosegretario sulle iniziative intraprese dall'Esecutivo non può essere ritenuta sufficiente. Le proiezioni sulla domanda e sull'offerta di infermieri delineano un quadro assai fosco, e il fatto che nell'anno accademico 2021-22 le immatricolazioni si siano rivelate assai inferiori al fabbisogno stimato costituisce un forte campanello di allarme sulla necessità di prestare maggiore attenzione verso una categoria fondamentale che rispetto ad altri Paesi europei, come la Germania, non viene sufficientemente valorizzata dal punto di vista professionale, soprattutto con riferimento all'aspetto retributivo.

Rossana BOLDI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 15.15.

ALLEGATO 1

5-07755 Bologna: Iniziative per ottemperare alla legge n. 81 del 2020 per tutelare il diritto alla salute dei pazienti affetti da cefalea cronica.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio l'onorevole interrogante per aver posto l'attenzione in ordine ad una patologia molto diffusa, quale è la cefalea, che pregiudica la qualità di vita dei pazienti.

Svolta questa considerazione di carattere generale, nel merito del quesito posto rappresento che il Servizio sanitario nazionale già garantisce l'assistenza sanitaria, la cura e la presa in carico, anche ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia, in modo uniforme sul territorio nazionale, anche a beneficio di coloro che sono affetti da cefalea.

Con specifico riferimento alle previsioni di cui alla legge n. 81 del 2020, recante « Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale », si registrano talune criticità di ordine applicativo.

In particolare, il riferimento alla « malattia sociale », ivi contenuto ai fini della presa in carico mediante percorsi dedicati, appare non in linea con il vigente ordinamento sanitario: in passato, infatti, l'individuazione di alcune patologie come « malattie sociali » era funzionale – in base al risalente decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961, antecedente all'istituzione del Servizio sanitario nazio-

nale – alla costituzione di « appositi centri » per la cura delle suddette malattie da istituirsi e da affidare in gestione « agli enti ospedalieri, ai Consorzi provinciali antitubercolari, e a qualsiasi altro ente idoneo a svolgere azioni di prevenzione e di assistenza di malattie » secondo quanto letteralmente previsto da tale risalente disciplina.

Tale modello organizzativo è da tempo superato sicché gli organismi tecnici del Ministero stanno valutando la possibilità di individuare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea – secondo quanto prescritto dalla legge n. 81 in questione – nell'ambito della vigente disciplina dei livelli essenziali di assistenza che assicurerebbe anche la necessaria provvista finanziaria, non prevista invece dalla menzionata legge n. 81 del 2020 che prescrive la individuazione dei nuovi progetti di cura con decreto del Ministro della salute « senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica ».

Sarà mia cura monitorare l'evoluzione delle iniziative in corso, fermo restando il principio generale, sopra richiamato, che già allo stato il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria ai soggetti che soffrono di cefalea.

ALLEGATO 2

5-07756 Noja: Iniziative per assicurare agli ospiti delle RSA e di strutture analoghe il diritto di visita da parte di parenti e familiari muniti delle certificazioni verdi.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, in Italia, la pandemia da COVID-19 ha causato una ampia circolazione del virus e un elevato numero di decessi nelle strutture residenziali socioassistenziali-RSA.

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da SARS-CoV-2, e in considerazione della incidenza della patologia sui pazienti anziani e fragili, è stata posta la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione residenti in tali strutture.

A seguito dell'Ordinanza del Ministro della salute dell'8 maggio 2021, sono riprese le visite parentali nelle strutture residenziali sociosanitarie.

Al fine di garantire l'effettività e la corretta applicazione delle misure citate dall'onorevole interrogante di cui al decreto-legge 24 dicembre 2021 n. 221 e al decreto-legge 7 gennaio 2022 n. 1, segnalo che il Ministro della salute sin dal 25 giugno 2021, ha chiesto che fosse costituito presso l'Agenas un Gruppo di lavoro finalizzato al monitoraggio e all'eventuale supporto alle regioni nell'attuazione delle misure organizzative previste per l'accesso in sicurezza nelle strutture di lungodegenza.

Il Gruppo di lavoro è stato istituito in data 1° luglio 2021, è composto da referenti dell'Agenas, della Direzione generale della prevenzione del Ministero e dai rappresentanti di dieci regioni/province autonome, indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Ha avviato le attività in data 8 luglio 2021, confrontandosi sulle possibili modalità attraverso le quali realizzare il monitoraggio delle misure previste nel documento – recante «Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strut-

ture residenziali della rete territoriale», allegato alla citata Ordinanza.

Sono state individuate due soluzioni: la prima, da realizzare tempestivamente, prevede la raccolta di relazioni semi-strutturate regionali sullo stato di attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture residenziali della rete territoriale; la seconda, da attuare successivamente, attraverso un monitoraggio regionale, tramite un questionario *on-line* disponibile su piattaforma di Agenas.

La prima fase di monitoraggio, realizzata nel periodo 6 agosto-26 settembre 2021, ha permesso la raccolta di 17 relazioni semi-strutturate predisposte dalle regioni/PA, sulla base delle quali è stato redatto un apposito *report* inviato il 6 ottobre 2021 alla Conferenza delle regioni/PA.

La seconda fase di monitoraggio è stata avviata nel mese di ottobre 2021, con un apposito questionario *on-line*, elaborato dallo stesso Gruppo di lavoro, da compilare a cura delle strutture residenziali oggetto del monitoraggio su piattaforma di Agenas, che permette di raccogliere periodicamente informazioni puntuali, omogenee e confrontabili sullo stato di attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture residenziali della rete territoriale.

La prima fase del monitoraggio regionale *on-line* si è realizzata tra il 18 ottobre e il 3 novembre 2021 e ha avuto ad oggetto le strutture residenziali per anziani non autosufficienti/RSA (articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017) e le strutture residenziali per persone con disabilità (articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017).

È stato quindi redatto il *report* del suddetto monitoraggio, al quale hanno parte-

cipato 2.062 strutture residenziali di 18 regioni/PA.

La seconda fase del monitoraggio regionale *on-line* dell'attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture residenziali della rete territoriale si è sviluppato dal 15 gennaio al 3 febbraio 2022 e ha ottenuto l'adesione di 19 regioni/PA e di 3.295 strutture residenziali.

Questa seconda fase di monitoraggio è stata realizzata in un momento di recrudescenza dei contagi da SARS-CoV-2, che ha spinto molte strutture ad adottare misure più restrittive rispetto ai mesi precedenti.

Anche in questa occasione è stato redatto il *report* inviato alla Conferenza delle regioni/PA il 9 marzo 2022.

Pur essendo certamente migliorabile la percentuale di adesione (hanno aderito infatti circa i tre quinti delle strutture *target*), il monitoraggio ha destato nelle strutture e nelle regioni/PA uno spiccato interesse, testimoniato anche dalla crescita del numero di strutture aderenti.

Le modalità e i tempi del periodico monitoraggio *on-line* vengono definite collegialmente dal Gruppo di lavoro attivato.

In conclusione, dalle iniziative sopra descritte emerge con ogni evidenza che tutte le misure adottate sono finalizzate a consentire lo svolgimento delle visite agli ospiti in sicurezza e peraltro, sono sempre state soggette a continua revisione in base alle nuove evidenze scientifiche e all'evoluzione epidemiologica.

ALLEGATO 3

5-07757 Nappi: Sui rilievi espressi dalla Conferenza delle Regioni sullo schema del cosiddetto «DM 71», relativo alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli onorevoli interroganti, che ponendo la questione in esame, mi danno la possibilità di fornire tutti i chiarimenti su una tematica di particolare rilievo e attualità per il Ministero della salute.

Nel merito, ricordo che lo schema di regolamento recante «Modelli e *standard* per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale» concorre a definire i modelli e gli *standard* relativi agli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza in un'ottica più ampia e integrata.

I contenuti dello schema sono stati condivisi con le regioni. L'attività di elaborazione e redazione del documento tecnico, infatti, ha avuto inizio all'interno del gruppo di lavoro «Assistenza Territoriale», coordinato da Agenas, in seno alla Cabina di Regia per il Patto per la salute 2019-2021, che ha assicurato la costante partecipazione tecnica anche dei rappresentanti delle regioni.

Sottolineo inoltre che l'articolo 274, comma 1, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha previsto per i prossimi 6 anni, l'incremento del tetto del personale del Servizio sanitario nazionale dovuta ai modelli ed agli *standard* proposti dal testo del decreto ministeriale, garantendo, in tal modo, la continuità dei servizi e delle prestazioni afferenti ai finanziamenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Il testo del regolamento, da emanare entro il 30 giugno 2022 è stato trasmesso dal Ministero della salute alla Conferenza Stato regioni in data 23 febbraio 2022 al fine di raggiungere l'Intesa.

Rispetto ai temi evidenziati dalle regioni questo Ministero ha espresso una generale e importante condivisione.

Al riguardo, in particolare, si ritiene che gli *standard* e i modelli organizzativi dovranno essere assicurati e attuati con progressività in relazione alla disponibilità di risorse finanziarie, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e delle relative scadenze.

La progressiva attuazione degli *standard* e dei modelli organizzativi dovrà essere realizzata attraverso un confronto costante, che possa assicurare da un lato un costante monitoraggio rispetto all'attuazione e dall'altro una tempestiva risoluzione delle eventuali criticità.

Occorre, quindi, istituire uno specifico tavolo di lavoro costituito da rappresentanti delle regioni e delle province autonome, del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze per monitorare l'attuazione del decreto con riguardo al profilo economico-finanziario, nonché in relazione a eventuali esigenze organizzative, ivi compresi i relativi fabbisogni di personale anche in relazione ad eventuali esigenze normative.

Inoltre, occorre lavorare alle disposizioni in materia di medici di medicina generale assicurando, nel contempo un aggiornamento del percorso specifico dei medici di medicina generale finalizzato alla valorizzazione degli stessi in coerenza con gli *standard* previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale ed alla loro attività all'interno delle Case di Comunità sulla base delle programmazioni regionali.

Occorre, altresì, valutare l'assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e dei medici dei servizi territoriali da impiegare nelle case di comunità.

Da ultimo, sicuramente sarà valutata anche l'adozione di un successivo prov-

vedimento per definire gli *standard* e i modelli organizzativi riferiti ad ulteriori *setting* territoriali quali tra l'altro salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile.

ALLEGATO 4

5-07758 Lapia: Aggiornamento del nomenclatore tariffario con riferimento alle prestazioni relative alla procreazione medicalmente assistita.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli onorevoli interroganti per aver posto la questione sull'argomento e rappresento che, come noto, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 sono state aggiornate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con l'inserimento tra queste anche delle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita-PMA di I e II livello.

Il menzionato decreto, infatti, non fa esplicito riferimento alle metodiche di diagnosi genetica pre-impianto; tuttavia le prestazioni necessarie per eseguirla risultano incluse tra le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in quanto si tratta

di prestazioni di Genetica medica (Genetica molecolare o Citogenetica), destinate alla diagnosi delle patologie e condizioni specificamente elencate, su prescrizione specialistica e in seguito a consulenza genetica.

Ciò premesso, tenuto conto della specificità e della delicatezza delle prestazioni di PMA, si è ritenuto opportuno avviare i lavori per la revisione della relativa remunerazione, ed è attualmente in corso il lavoro di aggiornamento delle relative indicazioni al livello nazionale.

Sarà mia cura monitorare con gli Uffici competenti l'andamento dei lavori.

ALLEGATO 5

5-07759 Carnevali: Iniziative per rimuovere le cause che impediscono l'approvazione del nuovo Piano oncologico nazionale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Confermo che l'Italia sostiene con convinzione le iniziative previste dal « Piano europeo contro il cancro », favorendo il coordinamento degli Stati e l'attivazione di buone pratiche di prevenzione, diagnosi e presa in carico dei pazienti.

In particolare in data 27 aprile 2021, è stato istituito un Tavolo di lavoro interistituzionale, coordinato dal Ministero della salute, con il compito di elaborare un Documento di pianificazione per la prevenzione oncologica (Piano Nazionale di Prevenzione Oncologica).

In coerenza con le aree di intervento del Piano europeo contro il cancro, si prevede un rafforzato impegno per migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, per valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica nonché per sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione: le predette iniziative saranno sviluppate in stretto raccordo con le iniziative intraprese a livello europeo.

Il tavolo di lavoro interistituzionale ha in corso la redazione del documento che, in ottemperanza alle direttive del piano europeo, e con il coinvolgimento degli *stakeholders*, si sviluppa intorno a quattro aree d'intervento principali:

- 1) prevenzione;
- 2) individuazione precoce;
- 3) diagnosi e trattamento;
- 4) qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia.

Al fine di meglio conseguire gli obiettivi proposti dal Piano europeo, il tavolo interistituzionale sta definendo gli obiettivi strategici e le azioni da intraprendere a livello nazionale tenendo conto e in linea con le

10 iniziative faro (*Flagship*) di seguito elencate:

1. Centro di conoscenze sul cancro;
2. Iniziativa europea per l'*imaging* dei tumori;
3. Eliminare i tumori causati dal papilloma virus umano;
4. Sistema europeo di *screening* dei tumori;
5. Rete UE dei centri oncologici onnicomprensivi nazionali;
6. Diagnosi e cura dei tumori per tutti;
7. Iniziativa europea per la comprensione del cancro:
8. Iniziativa per una vita migliore per i pazienti oncologici;
9. Registro delle disuguaglianze oncologiche;
10. Iniziativa per aiutare i bambini malati di cancro.

Il Tavolo ha elaborato una bozza di documento, che il Ministero sta rivedendo e integrando. Una volta riesaminati i vari aspetti delle tematiche delineate nel documento, il testo sarà sottoposto alla valutazione finale del tavolo di lavoro.

Attesa la delicatezza e la rilevanza della tematica in esame, ritengo comunque doveroso illustrare, sia pur sinteticamente, una serie di iniziative in corso, volte alla prevenzione delle patologie oncologiche.

Con Intesa Stato-regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 che, anche in considerazione della pandemia, ha sottolineato l'importanza dell'approccio interdisciplinare.

Obiettivi del PNP per la prevenzione dei tumori sono le azioni intersettoriali di promozione della salute e il miglioramento dell'offerta dei programmi di *screening* oncologici erogati dal Servizio sanitario nazionale, la cui adesione rappresenta un fattore protettivo per la mortalità connessa alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di *screening* (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto). Oltre al consolidamento dei programmi di *screening*, mirando a colmare le disomogeneità territoriali in un'ottica di equità in salute, il Piano prevede inoltre l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con le attività in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.

Tutte le regioni e province autonome hanno adottato entro il 31 dicembre 2021 le delibere di approvazione dei Piani regionali della prevenzione.

Non è un caso che nella legge di bilancio per il 2021 è stato istituito un fondo di 20 milioni di euro annui per il rimborso di *test* genomici per il carcinoma mammario or-

mone-reattivo in stadio precoce. Con decreto ministeriale 18 maggio 2021 sono state stabilite le modalità di accesso e i requisiti per l'erogazione delle predette risorse, erogando la prima quota di finanziamento alle regioni, previa approvazione delle delibere di attuazione del decreto ministeriale.

Inoltre la legge di bilancio per il 2022 ha istituito un fondo per i test di « *next generation sequencing* » con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023, destinato al potenziamento dei *test* di protrazione genomica dei tumori dei quali sono riconosciute evidenza e appropriatezza.

L'articolo 34, comma 10-*sexies*, del 25 maggio 2021, n. 73, ha autorizzato, al fine di potenziare l'attività di *screening* polmonare su tutto il territorio nazionale, la spesa di 1 milione di euro sia per il 2021 sia per il 2022, da destinare ai centri della Rete italiana *screening* polmonare (RISP). Con decreto ministeriale dell'8 novembre 2021 sono stati individuati i centri che costituiscono la RISP e ripartite le risorse alle regioni.

ALLEGATO 6

5-07760 Gemmato: Misure per garantire l'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini del comune Campione d'Italia.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli onorevoli interroganti per aver posto la questione sull'argomento e rappresento che l'Accordo Italo Svizzero concernente le « Modalità particolari delle cure sanitarie per i cittadini del comune di Campione d'Italia e di gestione e rimborsi dei crediti reciproci per spese sanitarie. Intesa fra l'Italia e la Svizzera » del 28 gennaio 2005 assicura la continuità assistenziale, con decorrenza retroattiva al 1° marzo 2004, ai cittadini di Campione d'Italia ai sensi del Regolamento CE n. 883/2004 che garantisce di ricevere in ambito europeo le cure necessarie non usufruibili nello Stato di residenza con il rilascio del Modello E 112.

La gestione operativa e finanziaria delle attività assistenziali garantite ai cittadini del comune di Campione è disciplinata da una « Intesa » tra l'amministrazione sanitaria territoriale e il comune stesso all'interno della quale vengono disciplinate, tra l'altro, le particolari modalità di redazione del suddetto modello. Tali previsioni modificano parzialmente le regole procedurali dettate in via generale per l'attuazione dei regolamenti europei di sicurezza sociale, al fine di adattarne i contenuti alle esigenze dei cittadini di Campione d'Italia.

Più in particolare la procedura prevede che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) della provincia Como rilasci anticipatamente il modulo E112, (autorizzazione preventiva) con dicitura « Campione d'Italia » ai residenti del comune di Campione per prestazioni sanitarie da erogarsi solo nell'ambito del territorio del Canton Ticino.

Il Ministero è tenuto, in qualità di autorità competente, ad assicurare gli adempimenti in ambito comunitario connessi all'applicazione del predetto Regolamento: in particolare paga in via anticipata per conto della regione le spese per l'assistenza

sanitaria all'estero connesse alle autorizzazioni E112 rilasciate dalla ASL di Como, oggi ATS Insubria, ai cittadini di Campione per fruire dell'assistenza nel Canton Ticino.

Il Ministero ha effettuato pagamenti all'Ente assicurativo Svizzero per un importo pari a 90.931.706 euro per il periodo a decorrere dal 2004 al 2018.

In applicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 224 del 2017 è stata posta a carico del bilancio della regione Lombardia solo la quota pari a 49.714.000,95 euro mentre la rimanente parte è rimasta a carico del bilancio statale.

A gennaio 2022 si è tenuta a Milano, la XIII Sessione del Dialogo Italo-Svizzero sulla Cooperazione Transfrontaliera.

Nell'ambito dei temi svolti è emersa la comune volontà di giungere ad una soluzione della questione riguardante Campione d'Italia, dopo il suo ingresso, nel 2020, nello spazio doganale italiano e quindi europeo. In particolare la Lombardia e il Canton Ticino hanno deciso di intraprendere contatti, informando il Ministero della salute, per chiarire gli aspetti delle deliberazioni regionali riguardanti i servizi di assistenza sanitaria presso il predetto comune.

Nel mese di marzo sono iniziate le interlocuzioni fra la regione Lombardia e le Autorità svizzere.

In questo particolare contesto, affine ma non del tutto coincidente con il sistema di mobilità sanitaria rappresentato dai Regolamenti Europei di sicurezza sociale, per « Accordo » deve intendersi l'atto di natura pattizia intercorrente tra lo Stato italiano e quello svizzero; diversamente, per « Intesa », deve intendersi il provvedimento a carattere negoziale tra amministrazioni (i.e. *de tipo ex* articolo 15 legge n. 241 del 1990),

intercorrente tra l'Amministrazione Sanitaria territoriale e il comune di Campione d'Italia per la disciplina della gestione operativa e finanziaria delle attività assistenziali garantite a questi particolari cittadini.

È all'interno di tale intesa, pertanto, che viene disciplinata la parte operativa rappresentata dalle particolari modalità di re-

dazione del modello di autorizzazione preventiva e altro.

Tali previsioni, in sostanza, vanno a modificare parzialmente le regole procedurali dettate in via generale per l'attuazione dei regolamenti europei di sicurezza sociale, per adattarne in contenuti alle esigenze dei cittadini di Campione d'Italia.

ALLEGATO 7

5-07761 Paolin: Sulla mancata attenzione da parte del PNRR alla necessità di potenziare gli *standard* organizzativi, ricettivi e tecnologici delle RSA.**TESTO DELLA RISPOSTA**

I provvedimenti per fronteggiare la pandemia da COVID-19 hanno determinato un rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni ospedaliera e territoriale. In particolare il cosiddetto « Decreto Rilancio » (decreto-legge n. 34 del 2021), all'articolo 1 prevede il rafforzamento dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, con un investimento specifico per i soggetti più fragili, sia per rafforzare la presenza di operatori sanitari sia per potenziare l'assistenza domiciliare, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA).

Inoltre, nella Missione 6 « Salute » del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) viene stabilito un investimento importante per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. In quest'ambito è prevista la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti attraverso vari livelli di complessità assistenziale, con un importante potenziamento dell'assistenza domiciliare, uno sviluppo di strutture intermedie (quali gli ospedali di comunità) e di presidi di prossimità (quali le case della comunità).

Inoltre, per gli aspetti della residenzialità, nel Piano nazionale di ripresa e resilienza sono previsti due ordini prioritari di intervento. Il primo è inserito nell'ambito della Missione 5 afferente al sistema socio-assistenziale ed è volto a potenziare e diversificare le forme di residenzialità per le persone anziane. Il secondo riguarda la realizzazione di una riforma che introduca « un sistema organico di assistenza agli anziani non autosufficienti ».

Nella prospettiva di ottimizzare il livello di integrazione tra i vari livelli di presa in carico degli assistiti va inquadrato l'Ospedale di Comunità, che contribuisce ad una

maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari.

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di cure intermedie propone un importante investimento in ambito sanitario destinando 1 miliardo di euro alla realizzazione di circa 400 Ospedali di Comunità.

All'Ospedale di Comunità, che ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20, possono accedere pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso, o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

Rispetto alla tematica specifica delle RSA preciso che in seno alla cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021 è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal Ministero della salute al quale partecipano le regioni e i rappresentanti dei Ministeri coinvolti.

Lo sviluppo di una rete integrata di servizi territoriali non può tralasciare, infatti, il tema della definizione di nuovi *standard* di qualità e sicurezza per le RSA e del loro organico inquadramento nella filiera dei servizi.

I *trend* demografici e socio-economici in atto lasciano infatti prevedere un progressivo aumento della domanda di servizi per persone anziane non autosufficienti; in tale contesto, pur programmando una più diffusa offerta di servizi di assistenza domiciliare e di residenzialità assistita si dovrà prevedere il mantenimento e la maggiore

qualificazione delle residenze sanitarie assistite.

Come rappresentato dagli interroganti in Italia la popolazione ultrasessantacinquenne ammonta a quasi 14 milioni, con un elevato indice di aspettativa di vita, che rappresenta una conquista importante; peraltro l'invecchiamento comporta anche un aumento dei malati cronici e delle fragilità con conseguente impatto sulla spesa sanitaria e sulle politiche economiche e sociali. L'impatto sarà tanto più contenuto quanto più all'invecchiamento si accompagnerà un incremento del numero di anni vissuti in buona salute.

In quest'ottica si ritiene importante valutare le seguenti principali linee di azione:

individuare nuovi requisiti minimi uniformi a livello nazionale che qualifichino le RSA in termini di sicurezza, tutela sanitaria, vivibilità, digitalizzazione;

rafforzare l'integrazione delle RSA nella rete dei servizi territoriali afferenti al Servizio sanitario nazionale, coordinandosi anche con il sistema dei servizi sociali dei comuni, attraverso un sistema di « filiera » all'interno del quale l'anziano possa essere seguito sulla base di un progetto di assistenza che individui ed attivi, anche in

successione, il miglior livello e le modalità di servizio;

individuare un percorso volto a definire uno strumento unitario di valutazione multidimensionale dell'anziano, scientificamente validato e capace di costruire e monitorare nel tempo il piano individuale di assistenza, misurare la complessità e il carico assistenziale, alimentare flussi informativi coerenti a livello regionale e nazionale su cui rilevare un *set* di indicatori;

rafforzare il sistema di monitoraggio dell'assistenza erogata nelle RSA e nell'intera filiera dei servizi che potrà condurre ad un successivo percorso di accreditamento della filiera stessa.

Tali linee di azione, sulle quali sarà effettuata una valutazione di impatto economico, hanno, tra l'altro, l'obiettivo di orientare nel modo più efficace ed efficiente l'utilizzo delle risorse disponibili, alla luce dei profili organizzativi e finanziari connessi al loro sviluppo e tenendo conto dell'opportunità costituita dall'avvio del Piano nazionale di ripresa e resilienza in particolare sul fronte della digitalizzazione, della telemedicina e della formazione.

ALLEGATO 8

5-07762 Novelli: Iniziative per fronteggiare la carenza di infermieri.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il reiterarsi delle diverse misure di contenimento della spesa, e in particolare dei vincoli per le assunzioni, ha determinato, negli ultimi anni, una significativa riduzione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto concerne, in particolare, il personale infermieristico, il decremento di dipendenti a tempo indeterminato registrato nel medesimo periodo è stato pari a -3,0 per cento (in termini assoluti si è passati da 276.670 a 268.273, ossia -8.397 unità in valore assoluto).

La situazione emergenziale ha ulteriormente acuito le difficoltà del sistema e, pertanto, sin dal manifestarsi della pandemia da COVID-19, sono state adottate specifiche misure per consentire alle regioni e provincie autonome di poter reclutare professionisti, in tempi rapidissimi, e sono state stanziati, nel contempo, apposite risorse per potenziare i servizi.

Dal monitoraggio effettuato dal Ministero della salute è emerso che, alla data del 17 dicembre 2021, per effetto delle misure emergenziali attuate sono stati reclutati complessivamente 76.557 professionisti sanitari, di cui 29.151 infermieri.

Nell'ambito del predetto personale circa 9.844 infermieri sono stati reclutati a tempo indeterminato.

Occorre, infatti, evidenziare che l'immissione nel sistema di risorse destinate al reclutamento di personale con rapporti di lavoro flessibile, ha consentito alle regioni di liberare risorse per il reclutamento anche di personale a tempo indeterminato.

Inoltre, al fine di valorizzare la professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza pandemica, l'articolo 1, comma 268, lettera b), della legge di bilancio per il 2022 ha previsto un percorso di stabilizzazione, presso gli enti e le aziende del Servizio sanitario

nazionale, del personale assunto a tempo determinato che abbia svolto un periodo rilevante del proprio servizio nel corso dell'emergenza pandemica.

Ciò posto, oltre alle predette misure volte a potenziare il personale del Servizio sanitario nazionale, ivi compreso il personale infermieristico, al fine di corrispondere al crescente fabbisogno di infermieri registrato negli ultimi anni, a partire dall'Anno Accademico 2017/2018, il numero di posti per l'accesso ai Corsi di Laurea in Infermieristica è stato aumentato complessivamente di oltre 20 punti percentuali.

L'aumento maggiore si è registrato nell'ultimo Anno Accademico (2021/2022), nel quale gli Atenei hanno bandito 17.394 posti, ossia 1.394 posti in più rispetto all'anno precedente (+9 per cento in un solo anno).

Complessivamente, negli ultimi 3 anni sono stati resi disponibili oltre 49.000 posti per l'accesso ai predetti corsi di laurea.

Considerato che l'accesso ai corsi di laurea è strettamente legato alla capacità formativa degli Atenei, proprio per corrispondere ai crescenti fabbisogni di professionisti sanitari registrati, in considerazione dei dati relativi ai flussi in entrata e in uscita dei professionisti sanitari del Servizio sanitario nazionale, è stato istituito un Tavolo tecnico interistituzionale permanente tra il Ministero dell'università e della ricerca e il Ministero della salute, per il potenziamento dell'offerta formativa.

In ogni caso, un ulteriore elemento di riflessione riguarda la questione « vocazionale » degli immatricolandi, ossia l'effettiva copertura dei posti messi a bando in quanto, ad esempio nell'anno accademico 2020/2021 sembrerebbe che in alcuni Atenei il rapporto tra le domande presentate e i posti disponibili, per il corso di laurea in infermieristica, sia stato inferiore a 1, ossia che il numero di richieste di iscrizione sia

risultato inferiore al numero di accessi effettivamente disponibili.

Per quanto attiene ai confronti internazionali riportati nel testo dell'interrogazione, occorre precisare che le opportune conclusioni di una eventuale analisi di « *benchmark* » condotto sul tema devono tener conto almeno di due fattori.

Innanzitutto della questione legata ad una particolare figura professionale, i cosiddetti « *Associate nurses* », ossia infermieri con una qualifica e una formazione inferiore rispetto agli infermieri professionali, che nel nostro Paese non esiste, ma che se conteggiata per altri Paesi inficia inevitabilmente il confronto e la determinazione del valore dell'indicatore infermieri per 1.000 abitanti. Basti pensare ad esempio che gli « *Associate nurses* » rappresentano circa i due terzi degli infermieri in Slovenia e circa un terzo degli infermieri in Svizzera, Islanda e Finlandia.

In secondo luogo, il raffronto andrebbe fatto a parità di « *status occupazionale* » dei professionisti, ossia occorre appurare che tutti i dati siano riferiti alla medesima

grandezza, siano essi « *practising* », « *professionally active* » o « *licensed to practise* », che sono le tre definizioni utilizzate dagli Organismi internazionali nelle proprie rilevazioni e studi di ricerca.

Si ricorda che, con l'obiettivo di riconoscere e valorizzare il ruolo strategico degli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, reso ancor più evidente durante la pandemia da COVID-19, l'articolo 1, comma 409, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, ha previsto il riconoscimento di una indennità professionale specifica, quale parte del trattamento economico fondamentale.

Da ultimo preciso che, al fine di riconoscere le particolari condizioni di lavoro del personale sanitario operante nei servizi di pronto soccorso, ivi compresi gli infermieri, l'articolo 1, comma 293, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, ha istituito per tale personale, con decorrenza dal 1° gennaio 2022, una apposita indennità di natura accessoria, stanziando apposite risorse.