

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

##### SEDE CONSULTIVA:

Modifiche all'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, in materia di proroga dell'applicazione dell'imposta straordinaria calcolata sull'incremento del margine di interesse e di destinazione dei proventi a misure di sostegno in favore dei titolari di mutui per l'acquisto o la ristrutturazione di unità immobiliari adibite ad abitazione. C. 1749 Silvestri (Parere alla VI Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Nulla osta</i> ) .....	256
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	263
Disposizioni per favorire la stipulazione di contratti volti alla riduzione dell'orario di lavoro. C. 2067 Fratoianni e abb. (Parere alla XI Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Nulla osta</i> ) .....	257
ALLEGATO 2 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	264

##### RISOLUZIONI:

7-00128 Ciancitto, 7-00211 Quartini e 7-00213 Malavasi, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari ( <i>Seguito della discussione e conclusione – Approvazione delle risoluzioni nn. 8-00069, 8-00070 e 8-00071</i> ) .....	258
ALLEGATO 3 ( <i>Nuova formulazione della risoluzione</i> ) .....	265
ALLEGATO 4 ( <i>Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione</i> ) .....	271
ALLEGATO 5 ( <i>Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione</i> ) .....	274
ALLEGATO 6 ( <i>Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione</i> ) .....	282
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	261

##### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla partecipazione di una delegazione della XII Commissione alla riunione dei Ministri della salute dei Paesi del G7 .....	261
ALLEGATO 7 ( <i>Relazione</i> ) .....	288

##### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie.

Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO, TSRM e PSTRP), della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO) e, in videoconferenza, della Federazione italiana degli Ordini dei veterinari (FNOVI) ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	261
--	-----

**SEDE CONSULTIVA**

Mercoledì 23 ottobre 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

**La seduta comincia alle 13.30.**

**Modifiche all'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, in materia di proroga dell'applicazione dell'imposta straordinaria calcolata sull'incremento del margine di interesse e di destinazione dei proventi a misure di sostegno in favore dei titolari di mutui per l'acquisto o la ristrutturazione di unità immobiliari adibite ad abitazione.**

**C. 1749 Silvestri.**

(Parere alla VI Commissione).

*(Esame e conclusione – Nulla osta).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che il parere sarà espresso nella seduta odierna.

Dà, quindi, la parola al relatore, deputato Panizzut, per lo svolgimento della relazione e per l'illustrazione della proposta di parere, su cui potranno poi svolgersi gli interventi.

Massimiliano PANIZZUT (LEGA), *relatore*, fa presente che la proposta di legge all'esame della Commissione è costituita da un unico articolo, il cui comma 1 dispone che, in considerazione del perdurare degli effetti economici conseguenti all'aumento dei tassi di interesse bancari, sia estesa al 2024 l'applicazione dell'imposta straordinaria sugli extraprofitti delle banche, ovvero l'imposta straordinaria sull'incremento del margine di interesse disciplinata dall'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104. La disciplina dell'imposta viene sostanzialmente modificata dal successivo comma 2 disciplinando, tra l'altro: le modalità di determinazione dell'imposta per il 2024 e i relativi termini di versamento, con esclusione nell'anno di riferimento dell'applicazione del tetto massimo al prelievo;

l'introduzione, anche per i soggetti che nel 2023 si sono avvalsi della facoltà di destinare l'ammontare dovuto a titolo di imposta a riserva non distribuibile, di un'imposta sostitutiva pari al 10 per cento del valore della riserva non distribuibile; l'esclusione del predetto regime opzionale per il 2024; una diversa destinazione del gettito derivante dall'imposta straordinaria, che viene indirizzato verso un apposito contributo da erogare ai soggetti che hanno stipulato un contratto di mutuo per l'acquisto di case di abitazione, purché in determinate condizioni economiche (rilevate in base all'Isee) e per importi non superiori a 200.000 euro, e che abbiano subito la variazione in aumento della rata mensile in conseguenza dell'aumento dei tassi di interesse.

In considerazione delle competenze molto limitate della XII Commissione, formula una proposta di nulla osta (*vedi allegato 1*).

Andrea QUARTINI (M5S), riferendosi, preliminarmente, alla discussione svoltasi nella riunione dell'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, di ieri, ringrazia la presidenza per aver posto la Commissione Affari sociali nelle condizioni di esprimere il parere sulle due proposte di legge all'ordine del giorno.

Ricorda, quindi, le posizioni assai diverse dei vari gruppi parlamentari sul tema della tassazione degli *extra*-profitti emerse nella discussione sul piano strutturale di bilancio presentato dal Governo, in particolare rispetto al finanziamento del settore sanitario. Lamenta, incidentalmente, quelle che a suo avviso sono delle manipolazioni narrative del Governo, per cui vengono presentate come vere e proprie tasse delle mere « ipotesi di prestito ». Ribadisce la ferma posizione del Movimento 5 Stelle circa l'assoluta necessità di introdurre una tassazione di tipo strutturale, giustificata dal forte aumento dei tassi di interesse a profitto degli istituti bancari.

Nel merito della proposta attualmente in esame, riconosce le limitate competenze della XII Commissione e preannuncia, pertanto, il voto favorevole del Movimento 5 Stelle alla proposta del relatore.

Conclude esprimendo l'avviso per cui sicuramente rientra nelle competenze della XII Commissione qualsiasi atto volto a reperire dei fondi per redistribuire equamente dei profitti realizzati in maniera iniqua, dal momento che il Servizio sanitario nazionale è finanziato mediante la fiscalità generale.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, precisa quanto già affermato in sede di Ufficio di presidenza ovvero che la Commissione è chiamata a esprimere il proprio parere su un determinato testo e non su un'intera materia.

Marco FURFARO (PD-IDP), associandosi alle considerazioni svolte dal collega Quartini, ringrazia la presidenza per avere acceduto a una richiesta motivata dalla rilevanza politica dei provvedimenti in esame per le opposizioni.

Preannuncia il voto favorevole del Partito Democratico al nulla osta proposto dal relatore, evidenziando che il provvedimento in esame prevede una redistribuzione necessaria, che reperisce risorse laddove i profitti sono aumentati in maniera spropositata.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di nulla osta del relatore.

**Disposizioni per favorire la stipulazione di contratti volti alla riduzione dell'orario di lavoro.**

**C. 2067 Fratoianni e abb.**

(Parere alla XI Commissione).

*(Esame e conclusione – Nulla osta).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Elisabetta Christiana LANCELLOTTA (FDI), *relatrice*, fa presente che la proposta di legge in esame si compone di sette articoli.

L'articolo 1, al fine di facilitare la conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro, di promuovere le condizioni che rendono effettivo il diritto al lavoro e di

rimuovere gli ostacoli che impediscono la partecipazione di tutti i cittadini all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese, nonché di favorire l'aumento dell'occupazione e l'incremento della competitività delle imprese, prevede la promozione di contratti collettivi di lavoro tra le imprese e i sindacati volti, tra l'altro, alla definizione di modelli organizzativi che comportino la progressiva riduzione dell'orario normale di lavoro fino a 32 ore settimanali, a parità di salario, accompagnati da investimenti nell'ambito della formazione e dell'innovazione tecnologica e ambientale. L'articolo 2 reca misure di sostegno, valide per trentasei mesi, a favore dei datori di lavoro privati, con esclusione del settore agricolo e domestico, che facciano ricorso ai contratti di cui all'articolo 1.

L'articolo 3 prevede che il « Fondo Nuove Competenze » di cui all'articolo 88 del decreto-legge n. 34 del 2020 sia rinominato come « Fondo Nuove Competenze, Riduzione dell'orario di lavoro e Nuove forme di prestazione lavorativa ». Si prevede, altresì, un incremento della dotazione di tale Fondo di 50 milioni di euro per il 2024 e di 275 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026. L'articolo 4 istituisce, presso l'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (Inapp), l'Osservatorio nazionale sull'orario di lavoro, con compiti di vigilanza e verifica nella materia regolata dalla proposta di legge in oggetto. Si prevede, inoltre, che l'Osservatorio predisponga una relazione annuale da trasmettere alle Camere entro il 31 dicembre di ciascun anno.

L'articolo 5 prevede che, in mancanza della stipulazione dei contratti collettivi nazionali di cui all'articolo 1, le rappresentanze sindacali territoriali aderenti alle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, le loro rappresentanze aziendali o almeno il 20 per cento dei lavoratori dipendenti dell'impresa o dell'unità produttiva possano presentare una proposta di contratto per la riduzione dell'orario di lavoro, che deve essere portata a conoscenza di tutto il personale dipendente mediante comunicazione aziendale. La proposta è sottoposta,

nei successivi novanta giorni, all'approvazione del personale medesimo mediante referendum. L'articolo 6 dispone che, al termine dei trentasei mesi di cui all'articolo 2, sulla base delle risultanze delle analisi e delle proposte dell'Osservatorio di cui all'articolo 4, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti, un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ridetermini in misura minore la durata dell'orario di lavoro normale di cui al decreto legislativo n. 66 del 2003. L'articolo 7, infine, quantifica gli oneri finanziari derivanti dal provvedimento in esame.

Alla luce della relazione svolta, considerate le competenze molto limitate della XII Commissione, formula una proposta di nulla osta (*vedi allegato 2*).

Marco FURFARO (PD-IDP) annuncia il voto favorevole del Partito Democratico sulla proposta formulata dalla relatrice. Al riguardo, ritiene che, al di là delle pur condivisibili considerazioni circa le limitate competenze della XII Commissione, si tratti di una proposta di legge importante, che va incontro alle esigenze di conciliazione tra vita personale e lavoro.

Segnala che la riduzione dell'orario di lavoro persegue finalità compatibili con la linea della maggioranza di incentivo alle politiche della natalità, da sempre correlate alla possibilità di occuparsi materialmente dei figli. Peraltro, rileva che numerosi studi scientifici dimostrano come «liberare il tempo» contribuisca al benessere psicofisico della popolazione e a sbloccare posti di lavoro da redistribuire, con effetti immediati sulla politica occupazionale. In sintesi, ritiene che la proposta di legge sulla quale la Commissione Affari sociali è chiamata ad esprimere un parere vada incontro allo spirito e alle esigenze della contemporaneità.

Marco PELLEGRINI (M5S) si associa alle considerazioni svolte dal collega Furfaro.

Ritiene che il Parlamento debba seguire il sentiero tracciato dai più antichi movimenti per la riduzione dell'orario di lavoro. Rileva che, cento anni dopo le prime legi-

slazioni relative alle otto ore e alla giornata lavorativa in generale, i dati più recenti slegano in maniera oramai pacifica il numero delle ore lavorate dalla produttività. Anzi, la comunità scientifica si accorda semmai sul contrario: un minore monte ore di lavoro corrisponde sovente a una maggiore produzione di ricchezza.

Nella consapevolezza di quanto premesso, e con l'intento di assicurare ai cittadini delle condizioni di sempre maggiore benessere di vita, preannuncia il voto favorevole del Movimento 5 Stelle sulla proposta di nulla osta formulata dal relatore.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di nulla osta della relatrice.

**La seduta termina alle 13.55.**

#### RISOLUZIONI

*Mercoledì 23 ottobre 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Marcello Gemmato.*

**La seduta comincia alle 13.55.**

**7-00128 Ciancitto, 7-00211 Quartini e 7-00213 Malavasi, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari.**

*(Seguito della discussione e conclusione – Approvazione delle risoluzioni nn. 8-00069, 8-00070 e 8-00071).*

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni, rinviata, da ultimo, nella seduta del 16 ottobre 2024.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, comunica che la deputata Malavasi ha riformulato la propria risoluzione, integrando la parte relativa agli impegni (*vedi allegato 3*).

Nessuno chiedendo di intervenire, dà la parola al rappresentante del Governo per l'espressione del parere sulle tre risoluzioni.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO, in relazione alla risoluzione a prima firma Ciancitto, esprime parere favorevole su tutte le premesse, ad eccezione dell'ultima, per la quale propone di sostituire l'espressione: « l'unico grande gruppo di patologie » con « un gruppo di patologie ». Per quanto concerne i relativi impegni, esprime parere favorevole su quelli di cui ai numeri 1) e 3), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare l'opportunità di », nonché parere favorevole sull'impegno di cui al numero 2), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di ».

Francesco Maria Salvatore CIANCITTO (FDI), riformula la propria risoluzione nel senso indicato dal rappresentante del Governo.

La Commissione approva la risoluzione Ciancitto n. 7-00128, come riformulata (*vedi allegato 4*).

Il sottosegretario Marcello GEMMATO, per quanto concerne la risoluzione a prima firma Quartini, già riformulata, esprime parere favorevole su tutte le premesse e parere favorevole sugli impegni di cui ai numeri 1), 9) e 18), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare l'opportunità di ».

Esprime parere favorevole sugli impegni di cui ai numeri 4) e 15), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di ». Esprime analoga valutazione anche in relazione all'impegno di cui al numero 7), chiedendo inoltre di sopprimere le parole « con estrema urgenza ».

Esprime quindi parere favorevole sull'impegno di cui al numero 10), a condizione che la prima parte di esso sia riformulata nei seguenti termini: « ad adottare iniziative volte ad individuare le più opportune misure per promuovere un'adeguata formazione ai professionisti sanitari sugli stili di comunicazione medico-paziente ». Esprime parere favorevole sull'impegno di

cui al numero 11), a condizione che sia sostituita l'espressione: « ad adottare ogni misura utile volta » con la seguente: « a valutare l'opportunità di adottare misure volte ».

Esprime parere favorevole sull'impegno di cui al numero 16), a condizione che sia riformulato nei seguenti termini: « a rafforzare la sensibilizzazione nelle nuove generazioni per renderle più consapevoli del proprio ruolo individuale sulla salute collettiva, promuovendo a tutti i livelli dell'istruzione progetti formativi sulla prevenzione primaria volti a radicare fin dall'età evolutiva stili di vita salutari, nonché sul funzionamento del sistema cardiocircolatorio e sui fattori di rischio modificabili e non modificabili e sulla gestione del rischio cardio-cerebrovascolare ». Esprime, infine, parere favorevole su tutti i restanti impegni, ad eccezione di quello di cui al numero 8), che contiene un invito a rivalutare l'autonomia differenziata in materia di salute, sul quale esprime parere contrario.

Andrea QUARTINI (M5S) riformula ulteriormente la propria risoluzione nel senso indicato dal sottosegretario Gemmato, ad eccezione dell'impegno di cui al numero 8). Non nasconde tuttavia un certo rammarico, in quanto avrebbe preferito in alcuni casi un dispositivo più vincolante per l'azione del Governo. In particolare, pone l'attenzione sull'impegno di cui al numero 10), relativo alla comunicazione medico-paziente, ribadendo l'importanza di tale tema, anche al fine di prevenire il contenzioso legale e le aggressioni nelle strutture sanitarie. Fa presente che, al riguardo, sono state presentate alcune proposte di legge rispetto alle quali potrebbe esserci un atteggiamento favorevole anche da parte dello stesso Ministro Schillaci.

Si dichiara, invece, non sorpreso del parere contrario espresso sull'impegno di cui al numero 8), relativo all'autonomia differenziata, rispetto al quale chiede che si proceda a una votazione per parti separate.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, a seguito della richiesta avanzata, si procederà alla votazione della risoluzione a

prima firma del deputato Quartini, come ulteriormente riformulata, ad eccezione dell'impegno di cui al numero 8).

La Commissione approva la risoluzione Quartini n. 7-00211, come ulteriormente riformulata, ad eccezione dell'impegno di cui al numero 8) (*vedi allegato 5*).

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, pone in votazione l'impegno di cui al numero 8) della risoluzione Quartini n. 7-00211.

La Commissione respinge l'impegno di cui al numero 8) della risoluzione Quartini n. 7-00211.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO, in relazione alla risoluzione a prima firma della deputata Malavasi, come riformulata, esprime parere favorevole su tutte le premesse ad eccezione della diciannovesima, relativa all'assenza nel Paese di un programma di *screening* delle malattie cardiache dell'anziano, della quale chiede l'espunzione. Motiva tale richiesta con il fatto che i medici di medicina generale già allo stato attuale promuovono un controllo periodico delle condizioni di salute delle persone di oltre 65 anni, che include anche le malattie cardio-cerebrovascolari.

Per quanto concerne gli impegni, esprime parere favorevole sugli impegni di cui ai numeri 1) e 5), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare l'opportunità di », nonché sui numeri 2), 3), 6), 9), 12) e 14), a condizione che sia premessa la locuzione: « a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di ». Esprime parere favorevole sull'impegno di cui al numero 13), a condizione sia riformulato nei seguenti termini: « a promuovere, tenuto conto della normativa vigente, iniziative per migliorare il rapporto tra il paziente e il medico curante, anche valutando l'opportunità di prevedere appositi percorsi di studio nei curricula universitari, affinché il paziente possa essere parte attiva del proprio percorso di cura ».

Esprime parere favorevole sull'impegno numero 16) a condizione sia inserito l'inciso: « compatibilmente con i vincoli di

finanza pubblica ». Esprime, infine, parere favorevole sui restanti impegni.

Ilenia MALAVASI (PD-IDP) riformula ulteriormente la propria risoluzione nel senso indicato dal rappresentante del Governo per quanto concerne gli impegni. Per quanto riguarda le premesse, manifesta invece una forte perplessità in relazione all'espunzione proposta, in quanto ritiene che promuovere uno *screening* nella popolazione anziana rispetto al rischio di patologie cardiovascolari sia estremamente opportuno.

Gian Antonio GIRELLI (PD-IDP) si associa all'ultima considerazione svolta dalla collega Malavasi, ricordando che sul tema sono state depositate due proposte di legge, una a sua prima firma e l'altra del collega Panizzut, attraverso le quali si promuove, sulla base di un confronto con la comunità scientifica, lo svolgimento di uno *screening* relativo al rischio di malattie cardiovascolari per le persone con più di settant'anni. Invita pertanto il rappresentante del Governo a riflettere sulla sua proposta di eliminare dalle premesse il riferimento a tale tema.

Andrea QUARTINI (M5S) ritiene importante mantenere, nelle premesse della risoluzione in discussione, il riferimento a una campagna di *screening*, osservando che attualmente un ruolo proattivo dei medici di medicina generale nella promozione di tali campagne non trova riscontro in maniera omogenea sul territorio. Ritiene quindi importante incoraggiare un percorso virtuoso in tal senso all'interno di un contesto internazionale in cui si pone maggiore attenzione all'attività di prevenzione.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO, modificando il parere precedentemente espresso, esprime parere favorevole sulla diciannovesima premessa della risoluzione a prima firma della deputata Malavasi, a condizione che sia riformulata nei seguenti termini: « rilevata l'opportunità di implementare gli *screening* delle malattie cardiache dell'anziano, considerato che la popo-

lazione italiana è tra le più longeve e con una quota di ultrasessantacinquenni fra le più alte a livello mondiale ».

Ilenia MALAVASI (PD-IDP) riformula la predetta premessa, nel senso indicato dal rappresentante del Governo.

La Commissione approva all'unanimità la risoluzione Malavasi n. 7-00213, come ulteriormente riformulata (*vedi allegato 6*).

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, a seguito della loro approvazione, le risoluzioni 7-00128 Ciancitto, 7-00211 Quartini e 7-00213 Malavasi assumono, rispettivamente, i numeri 8-00069, 8-00070 e 8-00071.

**La seduta termina alle 14.20.**

#### UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.20 alle 14.25.

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

*Mercoledì 23 ottobre 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.*

**La seduta comincia alle 14.25.**

**Sulla partecipazione di una delegazione della XII Commissione alla riunione dei Ministri della salute dei Paesi del G7.**

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che, dal 10 all'11 ottobre 2024, una delegazione della XII Commissione ha effettuato una missione ad Ancona per partecipare alla riunione dei Ministri della salute dei Paesi del G7.

In esito allo svolgimento della missione, presenta una relazione sui temi oggetto della predetta riunione (*vedi allegato 7*).

La Commissione prende atto.

**La seduta termina alle 14.30.**

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 23 ottobre 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.*

**La seduta comincia alle 14.30.**

**Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie.**

**Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO, TSRM e PSTRP), della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO) e, in videoconferenza, della Federazione italiana degli Ordini dei veterinari (FNOVI).**

*(Svolgimento e conclusione).*

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante la resocontazione stenografica e la trasmissione attraverso la *web-tv* della Camera dei deputati. Introduce, quindi, l'audizione.

Carmelo GAGLIANO, *consigliere della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)*, Teresa CALANDRA, *presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO, TSRM e PSTRP)*, Silvia VACCARI, *presidente della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO)*, e Daniela MULAS, *vicepresidente della Federazione italiana degli Ordini dei veterinari (FNOVI)*, svolgono una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono, quindi, per formulare quesiti e osservazioni, i deputati Marta SCHIFFONE (FDI), Francesco Maria Salvatore CIANCITTO (FDI) e Andrea QUARTINI (M5S).

Daniela MULAS, vicepresidente della Federazione italiana degli Ordini dei veterinari (FNOVI), Silvia VACCARI, presidente della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO), Teresa CALANDRA, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO, TSRM e PSTRP, e Carmelo GAGLIANO, consigliere della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), rispondono

ai quesiti formulati e rendono ulteriori precisazioni.

Ugo CAPPELLACCI, presidente, ringrazia gli auditi e dichiara conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 16.**

---

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*



## ALLEGATO 1

**Modifiche all'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, in materia di proroga dell'applicazione dell'imposta straordinaria calcolata sull'incremento del margine di interesse e di destinazione dei proventi a misure di sostegno in favore dei titolari di mutui per l'acquisto o la ristrutturazione di unità immobiliari adibite ad abitazione. C. 1749 Silvestri.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminata, per le parti di competenza, la proposta di legge recante « Modifiche all'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, in materia di proroga dell'applicazione dell'imposta straordinaria calcolata sull'incremento del margine di interesse e di destinazione dei proventi a misure di sostegno

in favore dei titolari di mutui per l'acquisto o la ristrutturazione di unità immobiliari adibite ad abitazione » (C. 1749 Silvestri);

rilevato che le competenze della Commissione sul provvedimento in oggetto risultano molto limitate,

esprime

NULLA OSTA.

ALLEGATO 2

**Disposizioni per favorire la stipulazione di contratti volti alla riduzione dell'orario di lavoro. C. 2067 Fratoianni e abb.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminata, per le parti di competenza, la proposta di legge recante « Disposizioni per favorire la riduzione dell'orario di lavoro » (C. 2067 Fratoianni e abb.);

rilevato che le competenze della Commissione sul provvedimento in oggetto risultano molto limitate,

esprime

NULLA OSTA.

## ALLEGATO 3

**7-00213 Malavasi, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari.****NUOVA FORMULAZIONE DELLA RISOLUZIONE**

La XII Commissione,

premessi che:

le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie cui fanno parte le malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'*angina pectoris*, e le malattie cerebrovascolari, come l'*ictus* ischemico ed emorragico, e rappresentano le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità nel nostro Paese;

le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte e la seconda causa di disabilità nel mondo. Secondo i dati del *Global burden of disease*, infatti, questo gruppo eterogeneo di patologie è responsabile del 36 per cento di tutte le morti e del 20 per cento delle morti premature in Europa. Proprio per questo motivo il programma del Consiglio dell'Unione europea (luglio 2023-dicembre 2024), elaborato dalle future presidenze spagnola, belga e ungherese, pone il contrasto alle malattie cardiovascolari tra le principali strategie europee per la tutela della salute;

come indicato sul sito *web* del Ministero della salute, le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 34,8 per cento di tutti i decessi (31,7 per cento nei maschi e 37,7 per cento nelle femmine). In particolare, secondo i dati Istat 2018, la cardiopatia ischemica è responsabile del 9,9 per cento di tutte le morti (10,8 per cento nei maschi e 9 per cento nelle femmine), mentre gli accidenti cerebrovascolari dell'8,8 per cento (7,3 per cento nei maschi e 10,1 per cento nelle femmine);

in particolare, come si legge sul sito *web* dell'Istituto superiore di sanità la car-

diopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28 per cento di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13 per cento, dopo i tumori;

oltre a rappresentare la principale causa di morte in Italia, con oltre 230.000 casi annui, esse sono una delle principali cause di disabilità e la principale causa di ospedalizzazioni, con quasi 673.000 ricoveri nel 2020. In particolare, ogni anno, vengono ricoverati per infarto miocardico acuto circa 150.000 pazienti, con un'età media di circa 68 anni, e la metà di questi pazienti ha superato i 65 anni;

complessivamente in Italia ci sono oltre 9,6 milioni di persone affette da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di cui l'80 per cento ha più di 60 anni. Circa il 70 per cento delle nuove diagnosi avviene tra i 55 e gli 85 anni;

lo scompenso cardiaco rappresenta un'altra emergenza, con oltre 200.000 ricoveri all'anno di cui 130.000 sono specificamente per questa condizione. In aggiunta, i dati più recenti indicano che le malattie cardiovascolari comportano ogni anno costi diretti ed indiretti compresi tra i 19 e i 24 miliardi di euro per il Servizio sanitario nazionale italiano, di cui tra gli 11 e i 16 miliardi di costi sanitari diretti, quali ricoveri, procedure interventistiche e terapie, e tra i 5 e gli 8 miliardi di costi indiretti correlati alla perdita di produttività dei malati e dei *caregiver*;

chi poi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari

al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5 per cento della spesa farmaceutica italiana, pari all'1,34 del prodotto interno lordo, è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato di salute del Paese, 2000);

contrariamente alla comune credenza, uomini e donne condividono gli stessi fattori di rischio cardiovascolare, sebbene si riscontrino differenze fra i due sessi in termini di insorgenza e predisposizione a determinate malattie cardiache. Per esempio, le patologie valvolari sono state storicamente prevalenti nel sesso femminile, mentre gli episodi di infarto si sono manifestati maggiormente e con maggiore frequenza nel sesso maschile;

le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà), spesso a loro volta causa di diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa;

quanto al fumo, secondo dati ISTAT la prevalenza di fumatori in Italia è pari al 19,3 per cento ed ammontava al 19,5 per cento nel 2014. Secondo i più recenti dati della sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la percentuale di fumatori che ha tentato di smettere negli ultimi dodici mesi è stata del 32 per cento e di questi il 77,8 per cento ha visto fallire il tentativo di cessazione;

smettere di fumare rappresenta l'unica via certa per la rimozione, nel tempo, di tale fattore di rischio prevenibile. Appare dunque necessario agire con maggiore efficacia attraverso attività di prevenzione primaria, anche tenendo presente però che il ricorso a nuove tecnologie senza combustione da parte di coloro che, già fumatori, non smettono, espone gli stessi a livelli inferiori di sostanze dannose rispetto alle sigarette;

oltre all'attività di prevenzione primaria, fondamentale per ridurre il rischio di ammalarsi, il percorso di presa in carico

dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari inizia con una corretta e tempestiva diagnosi della patologia che permette di definire la terapia e il percorso più appropriato per il singolo paziente. Inoltre, per alcune patologie cardiache, come ad esempio quelle valvolari, finora sempre sotto-diagnosticate e di conseguenza sotto-trattate, la diagnosi precoce gioca un ruolo ancora più importante in quanto non prevenibili semplicemente adottando stili di vita corretti;

la prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardiovascolari e cerebrovascolari rappresenta un elemento imprescindibile nelle politiche di contrasto alla diffusione delle patologie croniche, con necessità di concentrare l'attenzione anche sui fattori di rischio meno conosciuti, ma che hanno un forte impatto sulla salute, come quello rappresentato dalla lipoproteina (a), meglio nota come lp (a): si tratta, infatti, di una molecola lipidica adibita al trasporto del colesterolo nel sangue ed è geneticamente determinata. Gli esperti sostengono che livelli elevati di lipoproteina(a) possono indurre lo sviluppo di eventi cardiovascolari, come infarto ed *ictus*, rendendola – pertanto – un ulteriore fattore di rischio che va attentamente monitorato e misurato almeno una volta nella vita. Le linee guida della *European society of cardiology* (Esc) sulla prevenzione cardiovascolare del 2021 sollecitano, oltretutto, la realizzazione di programmi di *screening*, anche se non vi sono indicazioni su programmi e *target* di popolazione specifici;

già nel 2005, il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) aveva incluso tra le aree prioritarie di intervento le malattie cardiovascolari attraverso una strategia complessiva di prevenzione che comprende la promozione della salute e di stili di vita corretti e l'individuazione precoce delle patologie cardiovascolari nei soggetti in condizione di rischio. Successivamente, il Pnp 2014-2018 ha, per la prima volta, stabilito come obiettivo per tutte le regioni l'individuazione precoce delle malattie cardiovascolari, anche, mediante percorsi di *screening* appropriati per le fasce di popolazione più anziane al fine di ridurre la

morbosità, la mortalità e le disabilità premature delle malattie croniche non trasmissibili;

il Pnp 2020-2025, adottato con intesa in Conferenza permanente Stato-regioni in data 6 agosto 2020, prevede, inoltre, un rinnovato impegno nel campo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, in particolare nel macro obiettivo 1 – « Malattie croniche non trasmissibili », secondo un approccio « *life-course* », che contempla la realizzazione di interventi preventivi e protettivi volti ad ottenere risultati di salute che migliorino l'aspettativa e la qualità di vita, favorendo il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso della vita;

detto Piano mira a rafforzare, anche alla luce della recente esperienza pandemica, il sistema della prevenzione e il lavoro in rete delle strutture in un'ottica « *One Health* », nonché ad estendere l'attivazione di percorsi integrati per l'identificazione precoce e la presa in carico delle persone in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili e/o affetti da patologia, in raccordo con le azioni del Piano nazionale della cronicità: il Pnp si propone, altresì, di favorire il processo di attuazione, dei nuovi Livelli essenziali di assistenza;

in attuazione del Pnp 2020-2025 tutte le regioni/PA hanno adottato o avrebbero dovuto adottare, entro il 31 dicembre 2021, i propri piani regionali della prevenzione, con cui identificare gli obiettivi specifici e i relativi indicatori e *standard*, funzionali al raggiungimento degli obiettivi centrali del Pnp;

nel nostro Paese manca, però, un programma a copertura nazionale di *screening* delle malattie cardiache dell'anziano, nonostante la popolazione italiana sia tra le più longeve e con una quota di ultrasessantacinquenni fra le più alte a livello mondiale: ad inizio 2023 i cittadini *over 65* anni erano oltre 14 milioni, pari al 24,1 per cento della popolazione nazionale;

al progressivo invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento del

peso delle patologie cronico-degenerative, tema che diventa rilevante per le patologie cardiache legate all'età fra cui patologie delle valvole cardiache, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale: esse traggono origine già a partire dai 60 anni, ma diventano clinicamente rilevanti tra i 75 e gli 85 anni;

secondo le attuali tendenze connesse ad invecchiamento e denatalità, le cardiopatie degenerative legate all'età sembrano destinate a crescere e ciò detta l'urgenza verso un cambio strutturale di politiche sanitarie sulla prevenzione che siano capillari sul territorio nazionale. In tal senso è necessario ed urgente definire e realizzare un programma di salute pubblica destinato alla popolazione *over 70* e finalizzato all'identificazione delle patologie cardiache nell'ottica di una prevenzione cardiovascolare nella popolazione anziana, al fine di ridurre le complicanze che esse comportano;

infine, l'allungamento delle liste d'attesa riscontrato durante e dopo la fase acuta della pandemia da COVID-19, oltre a far aumentare il numero di pazienti che presentano quadri clinici molto più complessi a causa di diagnosi e cure differite, pone un problema di sostenibilità e resilienza del sistema sanitario nazionale;

alla luce della revisione dell'assistenza territoriale e delle risorse europee del Piano nazionale di ripresa e resilienza è necessario prevedere investimenti sulle reti di prossimità, telemedicina, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, anche perché, al momento, le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano un grande gruppo di patologie ad alto impatto a non essere ancora state oggetto di un piano programmatico di settore;

infine, la Società europea di cardiologia definisce la morte cardiaca improvvisa come « una morte naturale dovuta a cause cardiache, preceduta dalla rapida perdita di coscienza, generalmente entro un'ora dall'insorgere della sintomatologia acuta, in soggetti con o senza cardiopatia

nota preesistente, ma per i quali tempi e modalità del decesso sono inaspettati »;

la MCI è la causa prevalente di morte improvvisa nei bambini, negli adolescenti e nei giovani ed è un evento drammatico, che si verifica spesso in soggetti apparentemente sani, quale prima manifestazione di una patologia fino ad allora ignorata, le cui cause principali sono le cardiomiopatie (12-52 per cento), le miocarditi (3-12 per cento), le malattie delle valvole cardiache (1-11 per cento), la malattia aterosclerotica coronarica precoce (2-25 per cento), le anomalie delle arterie coronarie (2-19 per cento), la dissezione o le anomalie dell'aorta (2-5 per cento) e altre cause strutturali (8-14 per cento);

nel nostro Paese vi è l'obbligo del riscontro diagnostico in caso di morte improvvisa del lattante e del feto (legge 2 febbraio 2006, n. 31), ma non esiste alcuna legge che disciplina la morte improvvisa giovanile, mentre la corretta identificazione delle cause della morte improvvisa giovanile permetterebbe di identificare eventuali patologie ereditarie e di attuare sui familiari viventi specifiche strategie diagnostiche e terapeutiche preventive;

infine, a livello globale si stima che il 50 per cento dei pazienti in terapia farmacologica per la prevenzione cardiovascolare primaria (i pazienti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari) e il 43 per cento di quelli in prevenzione secondaria non aderiscono ai programmi di trattamento nei primi 2 anni. Per contrastare tale fenomeno, nel Piano d'azione globale dell'organizzazione mondiale della sanità del 2022, si chiede agli Stati di redigere raccomandazioni e linee guida per i casi a rischio di malattie cardiovascolari, soprattutto nell'area dell'ipercolesterolemia e ipertensione;

nel campo delle malattie cardiovascolari, i principali fattori di rischio sono la scarsa aderenza dei pazienti alle cure e l'accesso limitato ai farmaci. Negli anni sono nate delle soluzioni che cercano di ovviare a entrambe le cause rappresentate dalle *fix dose combination* (o polipillola)

ovvero prodotti che contengono due o più principi attivi combinati. Si tratta di soluzioni più sostenibili per il sistema sanitario nazionale, oltre che un supporto ad una maggiore aderenza alla terapia per i pazienti, finalizzata alla prevenzione sia primaria che secondaria di patologie cronicodegenerative. Inoltre, non è da dimenticare che l'aumento delle ospedalizzazioni ed i costi delle cure per le malattie cardiovascolari croniche minacciano la sostenibilità dei sistemi sanitari di molti Paesi;

la capacità degli operatori sanitari di costruire un rapporto empatico e comprensivo con i loro pazienti si traduce in una migliore adesione ai trattamenti, una maggiore soddisfazione e, spesso, in risultati clinici superiori. La comunicazione tra operatori sanitari e pazienti non dovrebbe ridursi a una interazione frontale e a senso unico, ma dovrebbe prevedere il coinvolgimento attivo e partecipativo del paziente, il quale deve sentirsi parte del proprio percorso di cura,

impegna il Governo:

1) ad adottare un piano nazionale per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, in continuità e coerenza con il Piano nazionale della prevenzione e il Piano sulle cronicità, in grado di assicurare una visione unitaria e condivisa su tali patologie;

2) ad adottare ogni iniziativa di competenza volta a stanziare fin dal primo provvedimento utile adeguate e specifiche risorse economiche per l'implementazione delle attività di educazione sanitaria, informazione e di un necessario programma di *screening* in relazione alle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari;

3) ad individuare risorse adeguate per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci innovativi per le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, garantendo un accesso equo sul territorio nazionale;

4) ad adottare iniziative volte a ridurre le barriere burocratiche (schede di monitoraggio, piani terapeutici) per la prescrizione di farmaci innovativi di compro-

vata efficacia e sicurezza procedendo anche ad un ampliamento e aggiornamento dei codici disponibili (Drg) affine di riconoscere le innovazioni;

5) ad assumere ogni opportuna iniziativa di competenza per promuovere il recepimento del Piano nazionale per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari da parte delle regioni e delle province autonome entro sei mesi dalla data di istituzione, anche al fine di ridurre differenze regionali;

6) ad istituire e finanziare un programma sperimentale pluriennale di diagnosi precoce delle patologie cardiache della persona anziana, a partire dal compimento del settantesimo anno di età e a prevedere ed implementare programmi di medicina di popolazione, attenti ai fattori di rischio primario e secondario, anche geneticamente determinati, attraverso strumenti di stratificazione del rischio;

7) ad adottare iniziative di competenza volte a potenziare la telemedicina al fine di favorire il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti, specialmente quelli più anziani procedendo anche alla revisione dei percorsi attuali di presa in carico e alla definizione di nuovi percorsi per le principali patologie potenziandoli, con l'utilizzo sistematico della telemedicina e degli altri strumenti di sanità digitale in tutte le fasi del processo (dalla diagnosi precoce alla gestione e *follow-up*);

8) a revisionare la redazione del Programma Nazionale Esiti e il sistema delle SDO in cardiologia e cardiocirurgia, al fine di valutare il reale impatto delle tecnologie mini-invasive sul potenziamento e sul miglioramento dell'assistenza ospedaliera;

9) ad adottare iniziative volte ad attuare un'assistenza territoriale continua, che garantisca una presa in carico multidisciplinare e multidimensionale, una corretta aderenza terapeutica, per migliorare la vita del paziente, prevenire disabilità e ridurre i costi sanitari;

10) ad adottare iniziative per garantire la raccolta dei dati sanitari dei pazienti

sia a fini statistici che di ricerca, anche al fine di creare flussi informativi indirizzati, tra l'altro, a consentire interventi mirati sul Sistema sanitario nazionale;

11) a predisporre campagne di informazione, con il supporto delle associazioni dei pazienti e delle organizzazioni civiche, contro le malattie cardiovascolari nei confronti di soggetti non affetti da malattie cardiache, visto che corretti stili di vita, buone abitudini alimentari, un'adeguata attività fisica, l'abbandono dell'uso di prodotti da fumo, una buona igiene del sonno e la riduzione dei fattori stressanti sono alla base di una buona prevenzione;

12) a promuovere un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale e multidisciplinare in grado di definire programmi di cura personalizzati e centrati sui bisogni dell'individuo migliorandone la qualità di vita;

13) a promuovere iniziative per migliorare il rapporto tra il paziente e il medico curante, anche prevedendo appositi percorsi di studio nei curricula universitari, affinché il paziente possa essere parte attiva del proprio percorso di cura;

14) a prevedere la realizzazione di un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari, attivando uno *screening* delle malattie cardiovascolari, su tutti i nuovi nati, al fine di identificare i soggetti a rischio di mortalità e di morbilità cardiovascolari in età pediatrica, con particolare riferimento alle patologie per le quali esistono terapie che ne migliorano o rallentano la progressione;

15) ad adottare iniziative volte a realizzare materiale informativo su sintomi, caratteristiche e prospettive di cura per le principali patologie cardio, cerebro e vascolari, da rendere disponibili all'interno degli studi dei medici di medicina generale e delle farmacie;

16) ad individuare, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle linee guida in materia redatte dalle società

medico-scientifiche nazionali e internazionali di riferimento e sentito l'Istituto superiore di sanità, gli interventi necessari per garantire l'esecuzione di una diagnosi autotopica istologica e molecolare nei casi di morte improvvisa in età infantile e giovanile;

17) a promuovere un'attività più dettagliata di educazione al trattamento – sia degli operatori sanitari che dei pazienti –

in fase di prevenzione cardiovascolare per garantire massima aderenza alla terapia e qualità terapeutica, anche attraverso soluzioni più sostenibili per il Sistema sanitario nazionale, oltre che a supporto di una riduzione del relativo numero di complicanze ed ospedalizzazioni.

(7-00213) « Malavasi, Furfaro, Ciani, Girrelli, Stumpo ».



## ALLEGATO 4

**7-00128 Ciancitto, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari.****NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE  
APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

premesso che:

in Italia le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte, essendo responsabili del 44 per cento dei decessi; la prima causa di ricovero ospedaliero e la seconda causa di Daly (anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura), confermandosi tra le principali cause di invalidità;

in particolare, tra i decessi registrati il 28 per cento circa è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (come l'infarto miocardico acuto), mentre il 50 per cento alle «altre malattie del cuore», che comprendono le patologie cardiache strutturali e le malattie cerebrovascolari (tra cui l'ictus, prima causa di invalidità in Italia); seguono le altre malattie del sistema circolatorio (22 per cento), tra cui le vasculopatie aortiche, le arteriopatie periferiche e le trombosi venose profonde;

a livello globale, nel 2019, è stata stimata una prevalenza per le malattie cardiovascolari di 523 milioni di casi, tra malattie cardiache, cerebrovascolari e interventi di *bypass* aortocoronarico o angioplastica, con un costo di 210 miliardi l'anno solo nell'Unione europea;

nella nostra Nazione i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano, inoltre, la maggiore causa di ricovero: nel 2019 si sono registrate per queste patologie 863.505 dimissioni (14,3 per cento del totale), con 6.222.673 giornate di degenza (7,2 giorni di degenza media). Le malattie cardiovascolari rappresentano, quindi, una delle voci più impattanti sulla spesa farmaceutica in Italia;

dal rapporto Osmed 2021 risulta che la spesa complessiva pro capite per i farmaci dell'apparato cardiovascolare è pari a 54,92 euro, in aumento del 2,2 per cento rispetto all'anno precedente, con effetti positivi sia sulla durata di vita media dei pazienti che di miglioramento del trattamento pazienti;

tutto questo va poi iscritto in un quadro di cronicità: chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa, infatti, un malato cronico, con complicazioni che causano notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. In Italia il 40 per cento della popolazione, circa 24 milioni, è affetto da almeno una patologia cronica e, negli *over 65*, circa il 50 per cento soffre di almeno 3 o più condizioni croniche. Ad oggi, si registrano 66,7 miliardi di spesa per la cronicità, con una previsione di aumento a 70,7 miliardi nel 2028;

il gruppo delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari è caratterizzato da un impatto economico estremamente rilevante, con costi sanitari diretti stimati in circa 16 miliardi di euro, a cui si aggiungono oltre 5 miliardi di euro di costi indiretti, tra costi sociali e costi legati alla perdita di produttività; le ospedalizzazioni costituiscono la prima voce di costo;

le malattie cardiovascolari sono, quindi, in assoluto tra le prime sfide sanitarie per l'Italia perché rappresentano la causa di morte e di ricovero ospedaliero più diffusa e per i cittadini la sfida è essere curati al meglio, con tutto ciò che oggi la ricerca in campo biomedico fornisce in tema di prevenzione;

si tratta di una sfida assolutamente importante, che va intensificata anche alla

luce delle tante differenze che purtroppo oggi esistono, a livello nazionale e persino all'interno delle singole regioni, nell'accesso alle cure e, in generale, alla prevenzione cardiovascolare;

trattandosi, peraltro, di patologie la cui prevalenza e mortalità sono strettamente correlate all'età, all'evoluzione del contesto demografico e al crescente invecchiamento della popolazione, esse costituiranno sempre più una priorità di sanità pubblica;

le modalità di gestione dei percorsi dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari presentano, ancora oggi, criticità e inefficienze a livello organizzativo, dalla prevenzione primaria e secondaria e diagnosi precoce, alla presa in carico e monitoraggio continuo, e mostrano disuguaglianze a livello territoriale nell'accesso all'innovazione farmaceutica e tecnologica;

emerge, in particolare, la necessità di migliorare la formazione e l'informazione dei pazienti e dei loro familiari sugli stili di vita corretti e sui fattori di rischio correlati a queste patologie: è importante ricordare, infatti, come il rischio cardiovascolare sia reversibile e la riduzione dei livelli dei fattori di rischio porti a una riduzione degli eventi e della gravità degli stessi;

a livello europeo, coalizioni di organizzazioni di pazienti, società scientifiche e organizzazioni industriali del settore (*European Alliance for Cardiovascular Health, Structural Heart Disease Coalition*, e altro) hanno moltiplicato gli sforzi congiunti per la promozione dei temi legati alle patologie cardiovascolari all'interno delle politiche comunitarie;

in particolare, nell'ambito cerebrovascolare si sottolinea l'iniziativa della *European Stroke Organisation* e della *Stroke Alliance for Europe*, che a maggio 2021 hanno lanciato la dichiarazione di azione, per raggiungere gli obiettivi generali dello *Stroke Action Plan for Europe 2018-2030*, tra cui lo sviluppo di piani nazionali per l'ictus;

anche a livello nazionale si sta consolidando l'idea di disporre di un piano specificamente dedicato alle patologie cardio, cerebro e vascolari;

la Spagna, a marzo 2022, ha pubblicato la sua « *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud* »; lo scorso 20 giugno 2023 è stato pubblicato il programma delle presidenze spagnola, belga e ungherese (1° luglio 2023-31 dicembre 2024) del Consiglio europeo in cui si sottolinea che i tre Paesi lavoreranno per sostenere le strategie europee in materia di salute, tra cui le malattie cardiovascolari;

l'allungamento delle liste d'attesa riscontrato durante e dopo la fase acuta della pandemia, oltre a far aumentare il numero di pazienti da trattare che presentano quadri clinici molto più complessi a causa di diagnosi e cure differite, pone un problema di sostenibilità e resilienza del sistema sanitario nazionale;

l'attuale momento storico, alla luce della revisione dell'assistenza territoriale e delle risorse europee del Piano nazionale di ripresa e resilienza, prevede investimenti sulle reti di prossimità, telemedicina, ricerca e digitalizzazione del Ssn;

ad oggi, le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano un gruppo di patologie ad alto impatto a non essere mai state oggetto di un piano programmatico di settore,

impegna il Governo:

1) a valutare l'opportunità di attivare entro l'anno un tavolo di lavoro per l'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio, cerebro e vascolari, che si ponga, in continuità e coerenza con il Piano nazionale della prevenzione, il Piano nazionale della cronicità e con i lavori dell'Alleanza per le malattie cardio-cerebrovascolari e che abbia i seguenti obiettivi:

a) affrontare le principali criticità concernenti la presa in carico dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari e cerebrovascolari: dalle attività di prevenzione primaria e secondaria e di diagnosi pre-

coce, all'aderenza terapeutica, all'accesso all'innovazione tecnologica e farmacologica, alla continuità di cura tra i diversi *setting* assistenziali, sfruttando anche la telemedicina e gli altri strumenti della sanità digitale fino al coinvolgimento e l'educazione sanitaria (cosiddetto *empowerment*) del paziente;

*b)* individuare gli obiettivi e le azioni da implementare, nonché gli indicatori di monitoraggio volti a valutare, sia a livello locale che regionale, l'efficacia e l'appropriatezza delle misure implementate e il miglioramento degli obiettivi di salute, anche al fine di contribuire alla riduzione delle difformità regionali;

*c)* prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia (prevenzione primaria), rallentarne la progressione (prevenzione secondaria) e diagnosticarla precocemente;

*d)* potenziare l'educazione e l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti, quali attori sempre più protagonisti del proprio percorso di cura;

*e)* incrementare l'aderenza alle terapie e alle prestazioni previste dai percorsi di cura per migliorare gli obiettivi di salute e ridurre gli impatti economici sul sistema sanitario nazionale;

*f)* favorire un maggior accesso da parte dei pazienti alle terapie e tecnologie più innovative, adottando approcci di valutazione basati sul valore generato in tutto il percorso di cura, e non soltanto sul prezzo, e procedendo a un ampliamento e aggiornamento dei codici disponibili (Drg) al fine di riconoscere le innovazioni valutate e introdotte;

*g)* promuovere un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale e

multidisciplinare in grado di definire programmi di cura personalizzati e centrati sui bisogni dell'individuo, migliorandone la qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza e razionalizzando l'uso delle risorse;

*h)* sfruttare le potenzialità della telemedicina al fine di favorire il monitoraggio continuo dei pazienti, promuovere una medicina di iniziativa e permettere l'erogazione in *setting* di cura (*day hospital* o *day surgery*) che richiedono una minor permanenza presso la struttura erogante, con la conseguente riduzione del rischio di infezioni nosocomiali e dei costi associati alle ospedalizzazioni;

*i)* garantire la raccolta dei dati sanitari dei pazienti anche ai fini di ricerca o statistici e per creare flussi informativi indirizzati, tra l'altro, a consentire interventi mirati sul sistema sanitario nazionale;

2) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di adottare ogni iniziativa di competenza volta a stanziare, anche in occasione del prossimo disegno di legge di bilancio, adeguate e specifiche risorse economiche per l'implementazione delle attività che verranno individuate dal predetto Piano nazionale e per la ricerca e sviluppo di nuovi farmaci;

3) a valutare l'opportunità di assumere ogni opportuna iniziativa di competenza per promuovere il recepimento del Piano nazionale per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari da parte delle regioni e delle province autonome entro sei mesi dalla data di istituzione.

(8-00069) « Ciancitto, Vietri, Ciocchetti, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso ».

## ALLEGATO 5

**7-00211 Quartini, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari.****NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE  
APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

premessi che:

le malattie cardio e cerebrovascolari sono, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica poiché sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità; sono malattie molto diffuse nella popolazione, soprattutto in quella più anziana, e gli effetti pervasivi non sono solo clinici ma anche sociali poiché colpiscono profondamente la vita lavorativa e familiare;

fanno parte delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio le malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'*angina pectoris*, e le malattie cerebrovascolari, come l'*ictus* ischemico ed emorragico; le malattie cerebrovascolari più frequenti sono l'*ictus* ischemico (circa l'80 per cento degli eventi cerebrovascolari acuti), l'emorragia intracerebrale (15-20 per cento), l'emorragia subaracnoidea (3-5 per cento) e gli eventi cerebrovascolari acuti mal definiti (1-3 per cento);

le patologie dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano il 34,8 per cento di tutti i decessi (31,7 per cento nei maschi e 37,7 per cento nelle femmine); secondo l'Istat (2018), la cardiopatia ischemica è responsabile del 9,9 per cento di tutte le morti (10,8 per cento nei maschi e 9 per cento nelle femmine), mentre gli eventi cerebrovascolari dell'8,8 per cento (7,3 per cento nei maschi e 10,1 per cento nelle femmine);

secondo i dati Istat nel 2020 in Italia sono stati rilevati complessivamente 227.350 decessi per malattie del sistema circolatorio (98.853 maschi e 128.614 fem-

mine), rappresentando poco più del 30 per cento di tutti i decessi registrati, in aumento rispetto al 2019 e dunque con una leggera inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, che avevano fatto registrare una riduzione costante seppure lieve, fattore sicuramente riconducibile anche alla pandemia;

seppure nella lettura dei dati occorre tener conto della variazione intervenuta sulla classificazione internazionale delle malattie, come evincibile dal Rapporto Osservasalute 2022 in 36 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto di oltre il 50 per cento tra il 1980-2018) ed il contributo delle malattie cardiovascolari è stato quello che senz'altro più ha influito sul trend in discesa della mortalità (nello stesso periodo la mortalità per malattie ischemiche del cuore si è ridotta del 70 per cento e quella delle malattie cerebrovascolari di oltre il 70 per cento);

quasi tutti gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) confermano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di queste patologie, tenuto conto che spesso le conseguenze per chi sopravvive ad un evento cardio o cerebrovascolare acuto sono tali che inevitabilmente chi ne è colpito diventa un malato cronico e talvolta disabile grave, con rilevanti ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali; sono malattie correlate in maniera prevalente all'invecchiamento della popolazione e per questo rappresentano in tale popolazione la prima causa di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva;

il 18 maggio 2017 è stata costituita l'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, quale patto strategico volontario per accrescere gli interventi di prevenzione, assistenza e controllo delle malattie cardio-cerebrovascolari;

all'Alleanza, sottoscritta dal Ministro della salute *pro tempore*, aderiscono più di quaranta federazioni/società di cardiologia e neurologia, medicina interna, medici di medicina generale, pediatri, farmacisti, nonché associazioni di pazienti e altri enti, con lo scopo di avvicinare il livello istituzionale a quello clinico, riunendo in un tavolo di confronto permanente tutti i principali *stakeholder* e con il comune obiettivo di contribuire alle strategie di prevenzione e cura delle malattie cardio-cerebrovascolari, in linea con il programma « Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari », il Piano nazionale della prevenzione e il Piano nazionale cronicità, al fine di ridurre l'incidenza, la morbosità e la mortalità nel lungo periodo; la *mission* e gli intenti dell'alleanza sono indicati nel documento di strategia, elaborato dal Ministero della salute in collaborazione con le società scientifiche e associazioni di pazienti operanti in ambito cardio-cerebrovascolare;

il Ministero della salute, che ha il ruolo di coordinamento tecnico-scientifico e amministrativo dell'alleanza, e i firmatari si sono impegnati a:

a) promuovere, nella popolazione generale e nelle persone a rischio, l'adozione di stili di vita salutari (sana alimentazione, attività fisica, astensione dall'uso di prodotti del tabacco e dal consumo di alcol), quale principale strategia di prevenzione, supportando gli obiettivi di « Guadagnare salute » e del Piano nazionale della prevenzione;

b) promuovere *l'empowerment* dei cittadini e l'*engagement* dei pazienti e delle loro famiglie;

c) consolidare il raccordo tra il sistema di cure primarie e la rete di assistenza ospedaliera e specialistica;

d) promuovere interventi di formazione sulla gestione del rischio cardio-

cerebrovascolare e sul supporto al cambiamento comportamentale;

e) contribuire alle iniziative di comunicazione e sensibilizzazione;

f) definire e divulgare documenti e linee di indirizzo;

dal documento di strategia dell'alleanza si evince come consolidati studi epidemiologici abbiano identificato i fattori di rischio ed abbiano dimostrato che buona parte di essi sono reversibili e prevenibili con l'adozione di comportamenti legati allo stile di vita; tali fattori di rischio e l'aumento dell'aspettativa di vita richiedono necessariamente azioni preventive e coordinate per il conseguimento delle migliori condizioni di salute in età avanzata;

entrando ancora più nel dettaglio, si evidenzia come tra i fattori di rischio ve ne siano alcuni non modificabili:

a) l'età, con un incremento esponenziale dai 55 anni e dopo i 65 anni;

b) la familiarità/fattori genetici, legata alla presenza di eventi vascolari a carico dei familiari di primo grado (genitori, fratelli, sorelle, figli) in età precoce, ovvero prima dei 55 anni nei maschi e dei 65 anni nelle femmine;

c) il genere, che lega il minor rischio cardio-cerebrovascolare delle donne rispetto agli uomini almeno sino alla menopausa; mentre le donne dai 55 ai 75 anni hanno, rispetto agli uomini, un maggior rischio di *ictus* che aumenta con l'età e con maggiore mortalità o maggiore disabilità in caso di sopravvivenza;

d) l'etnia, i bianchi caucasici rispetto agli afroamericani sono a minor rischio di *ictus* cerebrale, mentre le popolazioni asiatiche sono a maggior rischio di emorragia cerebrale;

altri fattori di rischio sono invece modificabili o reversibili e i più importanti sono:

a) il tabagismo, il fattore di rischio più nocivo, ed anche il fumo passivo;

b) la sedentarietà/scarsa attività fisica, anche laddove favorisce il sovrappeso, soprattutto quando associata ad una scorretta alimentazione;

c) il consumo di alcol, poiché aumenta il rischio di *ictus* cerebrale, contribuisce a innalzare la pressione arteriosa, favorisce l'aumento di peso, modifica la risposta all'insulina, danneggia la funzionalità epatica e interferisce con il metabolismo di molti farmaci;

d) la scorretta alimentazione laddove ricca di grassi saturi e/o di sale e/o povera di verdure, frutta e pesce e/o caratterizzata da un apporto calorico inadeguato (in genere eccessivo) rispetto al fabbisogno energetico;

e) il sovrappeso/obesità, anche laddove è associato spesso a ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia e iperglicemia; il rischio di *ictus* aumenta progressivamente al crescere dell'indice di massa corporea (IMC o *body mass index*, BMI) e della circonferenza addominale;

f) il diabete mellito, in quanto l'iperglicemia favorisce l'insorgenza di danni vascolari e dell'aterosclerosi;

g) le dislipidemie (elevati valori di colesterolemia totale; elevati valori di colesterolemia LDL; bassi valori di colesterolemia HDL; elevati valori di trigliceridemia) poiché favoriscono lo sviluppo dell'aterosclerosi;

h) l'ipertensione arteriosa, l'elevata pressione del sangue nelle arterie (#140/90 mmHg) è uno dei fattori di rischio più importanti per *ictus* ed è molto diffuso nella popolazione; la prevalenza aumenta con l'età fino a superare il 50 per cento oltre i 74 anni e nella popolazione di età superiore ai 60 anni è tendenzialmente maggiore nelle donne rispetto agli uomini;

i) la fibrillazione atriale (FA), poiché favorisce la formazione di trombi nell'atrio sinistro del cuore da cui poi si possono distaccare emboli che raggiungono il circolo cerebrale ed è particolarmente pericolosa;

l) le cardiopatie (cardiopatía ischemica, cardiomiopatie, valvulopatie, forame ovale pervio, aneurisma del setto interatriale);

m) le vasculopatie (lesioni aterosclerotiche dell'arco aortico, delle carotidi, dei vasi intracranici e aneurismi cerebrali);

rispetto ai fattori di rischio reversibili, la prevenzione primaria rappresenta la strada maestra per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, agendo sulle conoscenze dei cittadini e modificando gli stili di vita per prevenire i comportamenti non salutari fin dall'infanzia e dall'adolescenza, riducendo significativamente il rischio di insorgenza, nell'età adulta, di patologie correlate al cardiovascolare e favorendo un invecchiamento sano ed attivo;

tra i fattori di rischio prevenibili vi sono anche quelli ambientali, *in primis* legati all'inquinamento atmosferico al quale sono associati il 18 per cento dei decessi per malattie cardiovascolari in Europa (sebbene come riportato dall'*European environment agency* (Eea) tale percentuale rappresenta una sottostima) mentre molteplici studi confermano le malattie cardiache e l'*ictus* quali cause più comuni di morti prevenibili attribuibili all'esposizione all'inquinamento atmosferico, seguite da malattie polmonari e cancro del polmone;

secondo gli ultimi dati raccolti dall'Eea nel rapporto «*Health impacts of air pollution in Europe, 2022*» e relativo al 2020, in Europa si sono registrate 310.474 morti premature per l'inquinamento atmosferico, di queste 237.810 sono attribuibili al particolato fine (PM2.5), 48.555 al biossido di azoto (NO2) e 23.109 all'ozono. In Italia nello stesso anno si sono invece registrati 68.538 decessi, di cui 52.303 per PM2.5, 11.158 per NO2 e 5.077 attribuibili all'ozono;

secondo la Commissione sull'inquinamento e la salute Lancet 2020, l'inquinamento ambientale è la principale causa di morte prematura reversibile al mondo. Lo studio *Global Burden of Disease* (Gbd) ha attestato l'inquinamento atmosferico

come quarta causa mondiale di malattie e morte, con circa 9 milioni di decessi imputati in tutto il mondo all'anno. Il 61,9 per cento di questi era dovuto a malattie cardiovascolari, tra cui la cardiopatia ischemica (31,7 per cento) e l'ictus (27,7 per cento);

appare dunque fondamentale ridurre i rischi ambientali per ridurre anche il carico delle malattie cardiovascolari in Europa; nell'ambito del piano d'azione stabilito con il *Green Deal*, la Commissione europea ha fissato, tra gli altri, l'obiettivo di ridurre il numero di morti premature causate dal PM2.5 di almeno il 55 per cento entro il 2030, rispetto al 2005;

il 19 ottobre 2023 Cittadinanzattiva ha presentato l'iniziativa « Mi sta a Cuore: informazione ed *empowerment* sul rischio cardiovascolare » che, in collaborazione con Fimmg e Gise, ha coinvolto oltre 400 alunni delle scuole superiori e 60 specializzandi in Veneto e Campania, con lo scopo di costruire un nuovo modello di presa in carico e gestione dei pazienti con rischio cardiovascolare e promuovere, allo stesso tempo, percorsi di prevenzione e miglioramento degli stili di vita dei cittadini;

l'iniziativa di Cittadinanzattiva si è concentrata, nella sua seconda annualità, sui temi dell'informazione e dell'*empowerment* attraverso tre attività principali:

a) profilazione dei pazienti con fibrillazione atriale e stenosi aortica per elaborare un sistema di indicatori in grado di intercettare i pazienti prima del verificarsi dell'evento acuto;

b) percorso di formazione per oltre 400 alunni delle scuole superiori di Veneto e Campania sul funzionamento del sistema cardiocircolatorio e sui fattori di rischio modificabili e non modificabili che condizionano il benessere delle persone;

c) percorso di formazione sugli stili di comunicazione medico-paziente in 4 atenei di Veneto e Campania, con il coinvolgimento di rappresentanti delle associazioni, singoli pazienti e 60 medici specializzandi;

ha dichiarato a riguardo Francesca Moccia, vice segretaria generale di Cittadinanzattiva:

« Fare prevenzione, occuparsi di rimanere in una condizione di salute, partecipare attivamente al mantenimento della salute collettiva è la sfida che dobbiamo affrontare per garantire condizioni di benessere diffuse nella popolazione e meno legate alle disuguaglianze determinate dal luogo e dalla situazione economica e sociale dei cittadini, nonché per contribuire alla maggiore sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale ». L'iniziativa « Mi sta a cuore » ha l'obiettivo di portare questa sfida all'interno delle scuole e delle università, affinché sin da piccoli gli studenti possano comprendere che la salute è una priorità collettiva e gli specializzandi in medicina possano sviluppare e accrescere le competenze per una migliore comunicazione e per l'ascolto del paziente al fine di coinvolgerlo attivamente nella prevenzione e nella cura della propria salute;

l'iniziativa di Cittadinanzattiva, nella sua precedente annualità, conseguiva ad un'indagine e approfondimento condotti in merito alla qualità dei servizi presenti sul territorio nazionale e alla loro capacità di instradare le persone con patologie cardiovascolari in percorsi strutturati e stabili nel tempo, in grado di massimizzare il benessere del singolo individuo;

la predetta indagine ha fatto emergere una serie di criticità trasversali alla complessa organizzazione regionalizzata del Servizio sanitario nazionale che favoriscono l'insorgere di disuguaglianze in grado di compromettere lo stato di salute dei pazienti con patologie legate al sistema cardiovascolare;

una delle maggiori criticità rilevate è « la persistenza di una frattura di comunicazione e interazione tra la medicina territoriale e il livello specialistico (solo il 7,4 per cento dei pazienti, ad esempio, risultava inserito in percorsi strutturati – PDTA – che prevedono interazioni costanti tra i diversi livelli di presa in carico e gestione) che si accentua maggiormente nelle aree interne o periferie cittadine »;

altra criticità è correlata alla capacità di azione dei singoli pazienti, fortemente frammentata e compromessa, nonché al grado di conoscenza che i pazienti hanno sul proprio ruolo nel percorso di salute e benessere, in presenza di criticità cardiovascolari;

come rilevato anche dall'indagine di Cittadinanzattiva, nel percorso di cura dei pazienti con questo tipo di patologie, è fondamentale il ruolo del *caregiver*, figura che tuttavia fatica ancora ad essere considerata nell'interazione con i MMG e con gli specialisti e che richiede di essere adeguatamente formata poiché spesso si tratta di familiari o di badanti che non hanno le corrette conoscenze e le competenze per poter rappresentare un valido supporto al paziente; a riguardo appare opportuno garantire una formazione adeguata anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti quale valido supporto conoscitivo e di trasferimento di competenze; dall'indagine è emerso che solo il 28 per cento dichiara di conoscere l'esistenza di specifiche associazioni che tutelano pazienti con patologie cardiovascolari e solo la metà di questi dichiara di avere interazioni o collaborazioni, riconoscendo in esse un valore aggiunto nei percorsi di cura;

nelle note conclusive dell'indagine si sottolinea come « l'offerta dei servizi preventivi, così come le reti ospedaliere, è ancora troppo a macchia di leopardo, fattore che genera disuguaglianze di accesso ai servizi e disparità di cure tra cittadini. Il tasso di mortalità analizzato in apertura del presente lavoro e che vede una maggiore incidenza nelle regioni del Sud è sintomatico di una fragilità del sistema e ci dimostra che lì dove l'organizzazione della rete e dei servizi è più efficace, i tassi di decesso si riducono e aumenta anche il livello di benessere del cittadino con patologia cronica »;

quale risposta efficace all'invecchiamento della popolazione e alla cronicità delle patologie, « la sanità d'iniziativa » è il nuovo modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che si sta via via imponendo;

in base alla sanità d'iniziativa il sistema sanitario non aspetta che il cittadino/paziente arrivi in ospedale (sanità di attesa), ma lo intercetta prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione; tale nuovo modello assistenziale si basa sul cosiddetto « *chronic care model* » quale interazione tra il paziente più informato ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari;

il *chronic care model* (Ccm), elaborato dal professor Wagner del *Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation*, è la combinazione di diversi fattori la cui combinazione realizza l'interazione efficace tra un paziente consapevole e un team assistenziale multiprofessionale; tali fattori sono:

le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi;

nell'esperienza toscana relativa all'impiego del Ccm, occorre dunque partire dalla valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, traffico, stili di vita, eccetera); la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani, eccetera);

il supporto all'auto-cura (*self-management*) è concepito come aiuto ai pazienti ed alle loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;

i sistemi informativi devono essere in grado di garantire alcune fondamentali funzioni quali: un sistema di allerta che



aiuti i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di *feedback* per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie («registri di patologia») e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all'interno di un determinato gruppo; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati,

impegna il Governo:

1) a valutare l'opportunità di elaborare un Piano nazionale per le malattie cardio e cerebrovascolari che, in coerenza con il Piano nazionale della prevenzione, il Piano nazionale della cronicità e con i lavori dell'Alleanza per le malattie cardio e cerebrovascolari, individui gli obiettivi e le azioni da realizzare a livello nazionale e regionale, per prevenire l'insorgenza delle patologie per la diagnosi precoce e per le cure più efficaci, assicurando interventi utili per migliorare i percorsi di cura e assistenza attraverso la personalizzazione e la corretta informazione al paziente, favorendo altresì un accesso equo alle terapie e tecnologie più innovative, creando una effettiva integrazione ospedale-territorio che non si basi solo ed esclusivamente sulla gestione di un paziente ormai cronico, ma che possa evitare l'ospedalizzazione e la stessa cronicizzazione di una patologia;

2) ad individuare le più opportune misure e azioni coordinate per consentire la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo adeguato con lo scopo di modificare la progressione della malattia cardio e cerebrovascolare con conseguente riduzione della disabilità, miglioramento della prognosi e dell'aspettativa di vita e contenimento dei costi diretti (farmaci, trattamenti chirurgici e riabilitazione) e indiretti (assenza dal lavoro);

3) a revisionare la redazione del Programma Nazionale Esiti e il sistema delle SDO in cardiologia e cardiocirurgia, anche al fine di valutare il reale impatto delle tecnologie mini-invasive sul potenziamento

e sul miglioramento dell'assistenza ospedaliera;

4) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di destinare, anche nell'ambito di specifici provvedimenti di natura economico finanziaria, un'adeguata quota di risorse finanziarie affinché siano attivati screening e sistemi di *alert* specifici per la popolazione che presenta fattori di rischio non reversibili come l'età, la familiarità/fattori genetici, il genere e l'etnia nonché per la popolazione che presenti almeno uno dei seguenti fattori di rischio: diabete mellito, dislipidemie, con ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale (Fa), cardiopatie o vasculopatie;

5) ad implementare un modello di prevenzione basato su una collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri che siano in grado di avvalersi anche di supporti tecnologici e telematici, oggi indispensabili per un corretto percorso di cura e che consentano di creare un sistema di *alert* sulle piattaforme di gestione dei pazienti oggi in uso ai MMG e all'utilizzo di canali di comunicazione con gli specialisti ospedalieri per stabilire, congiuntamente, il percorso di cura migliore per ogni singolo paziente;

6) a rafforzare le misure, e ad introdurre ulteriori, volte a risolvere la frattura di comunicazione e interazione tra la medicina territoriale e il livello specialistico soprattutto per le aree interne del Paese che ne sono maggiormente colpite, con specifico riguardo per le malattie cardio e cerebrovascolari;

7) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di reperire ulteriori risorse per incrementare l'offerta dei servizi preventivi e delle reti ospedaliere al fine di assicurarne l'uniforme diffusione in tutto il territorio nazionale, nell'ottica di eliminare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e disparità di cure tra cittadini, ridurre i tassi di decesso e aumentare anche il livello di benessere del cittadino con patologia cronica cardio o cerebrovascolare, rafforzando le sinergie e

il raccordo tra il sistema di cure primarie e la rete di assistenza ospedaliera e specialistica;

8) a valutare l'opportunità di adottare, quale risposta efficace all'invecchiamento della popolazione nonché alla cronicità delle patologie, le opportune iniziative normative per promuovere e sperimentare su tutto il territorio nazionale la sanità d'iniziativa quale nuovo modello assistenziale di gestione delle patologie cardio e cerebrovascolari, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione e rafforzando la corretta interazione tra il paziente e professionisti della salute;

9) ad adottare iniziative volte ad individuare le più opportune misure per promuovere un'adeguata formazione ai professionisti sanitari sugli stili di comunicazione medico-paziente, nell'ottica di rafforzare la capacità di azione dei singoli pazienti, fortemente frammentata e compromessa, nonché il grado di conoscenza che i pazienti hanno sul loro ruolo nel percorso di salute e benessere, in presenza di criticità cardiovascolari;

10) a valutare l'opportunità di adottare misure volte a valorizzare il ruolo del *caregiver* nel percorso di cura dei pazienti con patologie legate al sistema cardiovascolare, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti quale valido supporto conoscitivo e di trasferimento di competenze, nell'ottica di assicurare la più ampia formazione e conoscenza sulle patologie cardio e cerebrovascolari e di agevolare l'interazione con i MMG e con gli specialisti;

11) ad implementare azioni di comunicazione volte a dare una più efficace conoscibilità delle associazioni che tutelano pazienti con patologie cardiovascolari al fine di agevolare interazioni o collaborazioni, riconoscendo in esse un valore aggiunto nei percorsi di cura;

12) a promuovere, attraverso le più idonee iniziative di comunicazione e sensibilizzazione, l'*empowerment* dei cittadini

e l'*engagement* dei pazienti con patologie legate al sistema cardiovascolare e delle loro famiglie;

13) ad introdurre misure idonee per assicurare un efficace monitoraggio sulle patologie legate al sistema cardiovascolare, anche attraverso una più efficace rilevazione dei dati sanitari e socio-sanitari, nonché per potenziare la ricerca e l'introduzione di terapie innovative;

14) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di predisporre un piano di interventi che preveda soluzioni efficaci per rafforzare le strategie di prevenzione e cura delle malattie cardio e cerebrovascolari, promuovendo con risorse adeguate, nella popolazione generale e nelle persone a rischio, l'adozione di stili di vita salutari, quale principale strategia di prevenzione, supportando gli obiettivi di « Guadagnare salute » e del Piano nazionale della prevenzione;

15) a rafforzare la sensibilizzazione nelle nuove generazioni per renderle più consapevoli del proprio ruolo individuale sulla salute collettiva, promuovendo a tutti i livelli dell'istruzione progetti formativi sulla prevenzione primaria volti a radicare fin dall'età evolutiva stili di vita salutari, nonché sul funzionamento del sistema cardiocircolatorio e sui fattori di rischio modificabili e non modificabili e sulla gestione del rischio cardio-cerebrovascolare;

16) ad adottare le iniziative, anche normative, necessarie a rafforzare il sostegno, monitoraggio e ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo, dell'assunzione di alcol e del consumo di cibi non salutari, per proteggere la salute, potenziando i programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e campagne di informazione e comunicazione multimediali per ridurre l'uso e il consumo delle predette sostanze e, conseguentemente, ridurre le patologie legate al sistema cardiovascolare;

17) a valutare l'opportunità di adottare politiche dei prezzi sui prodotti del tabacco, sull'alcol e sui cibi non salutari, adeguate al contesto sociale, culturale ed

economico e alla gravità delle conseguenze che tali prodotti determinano in relazione alle malattie del sistema cardiocircolatorio;

18) ad attivare e finanziare campagne di comunicazione istituzionale in tema di promozione di stili di vita salutari e su una corretta alimentazione anche collaborando con le organizzazioni sportive affinché in occasione delle maggiori competizioni sportive agonistiche nazionali e internazionali siano veicolati messaggi salutari sull'alimentazione e sullo sport;

19) a potenziare le politiche nazionali di contrasto dell'obesità e del sovrappeso, in conformità con gli obiettivi dei piani d'azione promossi dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione europea, perseguendo un approccio intersettoriale e multidisciplinare, con interventi coordinati

dei differenti livelli istituzionali, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio di patologie del sistema cardiovascolare o ancora allo stadio iniziale, per rallentarne la progressione e per garantire la tutela della salute e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti;

20) ad adottare iniziative per includere l'inquinamento nei programmi quotidiani di prevenzione primaria e secondaria, prevenendo che l'anamnesi dei pazienti includa sempre la storia dell'esposizione all'inquinamento, anche lavorativa, e la valutazione della suscettibilità individuale, approntando ogni misura utile per interrompere o ridurre l'esposizione all'inquinamento.

(8-00070) « Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro ».

## ALLEGATO 6

**7-00213 Malavasi, sull'elaborazione di un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari.****NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE  
APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

premessi che:

le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie cui fanno parte le malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'*angina pectoris*, e le malattie cerebrovascolari, come l'*ictus* ischemico ed emorragico, e rappresentano le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità nel nostro Paese;

le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte e la seconda causa di disabilità nel mondo. Secondo i dati del *Global burden of disease*, infatti, questo gruppo eterogeneo di patologie è responsabile del 36 per cento di tutte le morti e del 20 per cento delle morti premature in Europa. Proprio per questo motivo il programma del Consiglio dell'Unione europea (luglio 2023-dicembre 2024), elaborato dalle future presidenze spagnola, belga e ungherese, pone il contrasto alle malattie cardiovascolari tra le principali strategie europee per la tutela della salute;

come indicato sul sito *web* del Ministero della salute, le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 34,8 per cento di tutti i decessi (31,7 per cento nei maschi e 37,7 per cento nelle femmine). In particolare, secondo i dati Istat 2018, la cardiopatia ischemica è responsabile del 9,9 per cento di tutte le morti (10,8 per cento nei maschi e 9 per cento nelle femmine), mentre gli accidenti cerebrovascolari dell'8,8 per cento (7,3 per cento nei maschi e 10,1 per cento nelle femmine);

in particolare, come si legge sul sito *web* dell'Istituto superiore di sanità la car-

diopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28 per cento di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13 per cento, dopo i tumori;

oltre a rappresentare la principale causa di morte in Italia, con oltre 230.000 casi annui, esse sono una delle principali cause di disabilità e la principale causa di ospedalizzazioni, con quasi 673.000 ricoveri nel 2020. In particolare, ogni anno, vengono ricoverati per infarto miocardico acuto circa 150.000 pazienti, con un'età media di circa 68 anni, e la metà di questi pazienti ha superato i 65 anni;

complessivamente in Italia ci sono oltre 9,6 milioni di persone affette da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di cui l'80 per cento ha più di 60 anni. Circa il 70 per cento delle nuove diagnosi avviene tra i 55 e gli 85 anni;

lo scompenso cardiaco rappresenta un'altra emergenza, con oltre 200.000 ricoveri all'anno di cui 130.000 sono specificamente per questa condizione. In aggiunta, i dati più recenti indicano che le malattie cardiovascolari comportano ogni anno costi diretti ed indiretti compresi tra i 19 e i 24 miliardi di euro per il Servizio sanitario nazionale italiano, di cui tra gli 11 e i 16 miliardi di costi sanitari diretti, quali ricoveri, procedure interventistiche e terapie, e tra i 5 e gli 8 miliardi di costi indiretti correlati alla perdita di produttività dei malati e dei *caregiver*;

chi poi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini

affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5 per cento della spesa farmaceutica italiana, pari all'1,34 del prodotto interno lordo, è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato di salute del Paese, 2000);

contrariamente alla comune credenza, uomini e donne condividono gli stessi fattori di rischio cardiovascolare, sebbene si riscontrino differenze fra i due sessi in termini di insorgenza e predisposizione a determinate malattie cardiache. Per esempio, le patologie valvolari sono state storicamente prevalenti nel sesso femminile, mentre gli episodi di infarto si sono manifestati maggiormente e con maggiore frequenza nel sesso maschile;

le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà), spesso a loro volta causa di diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa;

quanto al fumo, secondo dati ISTAT la prevalenza di fumatori in Italia è pari al 19,3 per cento ed ammontava al 19,5 per cento nel 2014. Secondo i più recenti dati della sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la percentuale di fumatori che ha tentato di smettere negli ultimi dodici mesi è stata del 32 per cento e di questi il 77,8 per cento ha visto fallire il tentativo di cessazione;

smettere di fumare rappresenta l'unica via certa per la rimozione, nel tempo, di tale fattore di rischio prevenibile. Appare dunque necessario agire con maggiore efficacia attraverso attività di prevenzione primaria, anche tenendo presente però che il ricorso a nuove tecnologie senza combustione da parte di coloro che, già fumatori, non smettono, espone gli stessi a livelli inferiori di sostanze dannose rispetto alle sigarette;

oltre all'attività di prevenzione primaria, fondamentale per ridurre il rischio

di ammalarsi, il percorso di presa in carico dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari inizia con una corretta e tempestiva diagnosi della patologia che permette di definire la terapia e il percorso più appropriato per il singolo paziente. Inoltre, per alcune patologie cardiache, come ad esempio quelle valvolari, finora sempre sotto-diagnosticate e di conseguenza sotto-trattate, la diagnosi precoce gioca un ruolo ancora più importante in quanto non prevenibili semplicemente adottando stili di vita corretti;

la prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardiovascolari e cerebrovascolari rappresenta un elemento imprescindibile nelle politiche di contrasto alla diffusione delle patologie croniche, con necessità di concentrare l'attenzione anche sui fattori di rischio meno conosciuti, ma che hanno un forte impatto sulla salute, come quello rappresentato dalla lipoproteina (a), meglio nota come lp(a): si tratta, infatti, di una molecola lipidica adibita al trasporto del colesterolo nel sangue ed è geneticamente determinata. Gli esperti sostengono che livelli elevati di lipoproteina(a) possono indurre lo sviluppo di eventi cardiovascolari, come infarto ed *ictus*, rendendola – pertanto – un ulteriore fattore di rischio che va attentamente monitorato e misurato almeno una volta nella vita. Le linee guida della *European society of cardiology* (Esc) sulla prevenzione cardiovascolare del 2021 sollecitano, oltretutto, la realizzazione di programmi di *screening*, anche se non vi sono indicazioni su programmi e *target* di popolazione specifici;

già nel 2005, il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) aveva incluso tra le aree prioritarie di intervento le malattie cardiovascolari attraverso una strategia complessiva di prevenzione che comprende la promozione della salute e di stili di vita corretti e l'individuazione precoce delle patologie cardiovascolari nei soggetti in condizione di rischio. Successivamente, il Pnp 2014-2018 ha, per la prima volta, stabilito come obiettivo per tutte le regioni l'individuazione precoce delle malattie cardiovascolari, anche, mediante percorsi di *screening* appropriati per le fasce di popo-

lazione più anziane al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature delle malattie croniche non trasmissibili;

il Pnp 2020-2025, adottato con intesa in Conferenza permanente Stato-regioni in data 6 agosto 2020, prevede, inoltre, un rinnovato impegno nel campo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, in particolare nel macro obiettivo 1 – « Malattie croniche non trasmissibili », secondo un approccio « *life-course* », che contempla la realizzazione di interventi preventivi e protettivi volti ad ottenere risultati di salute che migliorino l'aspettativa e la qualità di vita, favorendo il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso della vita;

detto Piano mira a rafforzare, anche alla luce della recente esperienza pandemica, il sistema della prevenzione e il lavoro in rete delle strutture in un'ottica « *One Health* », nonché ad estendere l'attivazione di percorsi integrati per l'identificazione precoce e la presa in carico delle persone in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili e/o affetti da patologia, in raccordo con le azioni del Piano nazionale della cronicità: il Pnp si propone, altresì, di favorire il processo di attuazione, dei nuovi Livelli essenziali di assistenza;

in attuazione del Pnp 2020-2025 tutte le regioni/PA hanno adottato o avrebbero dovuto adottare, entro il 31 dicembre 2021, i propri piani regionali della prevenzione, con cui identificare gli obiettivi specifici e i relativi indicatori e *standard*, funzionali al raggiungimento degli obiettivi centrali del Pnp;

rilevata l'opportunità di implementare gli *screening* delle malattie cardiache dell'anziano, considerato che la popolazione italiana è tra le più longeve e con una quota di ultrasessantacinquenni fra le più alte a livello mondiale;

al progressivo invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento del peso delle patologie cronico-degenerative,

tema che diventa rilevante per le patologie cardiache legate all'età fra cui patologie delle valvole cardiache, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale: esse traggono origine già a partire dai 60 anni, ma diventano clinicamente rilevanti tra i 75 e gli 85 anni;

secondo le attuali tendenze connesse ad invecchiamento e denatalità, le cardiopatie degenerative legate all'età sembrano destinate a crescere e ciò detta l'urgenza verso un cambio strutturale di politiche sanitarie sulla prevenzione che siano capillari sul territorio nazionale. In tal senso è necessario ed urgente definire e realizzare un programma di salute pubblica destinato alla popolazione *over 70* e finalizzato all'identificazione delle patologie cardiache nell'ottica di una prevenzione cardiovascolare nella popolazione anziana, al fine di ridurre le complicità che esse comportano;

infine, l'allungamento delle liste d'attesa riscontrato durante e dopo la fase acuta della pandemia da COVID-19, oltre a far aumentare il numero di pazienti che presentano quadri clinici molto più complessi a causa di diagnosi e cure differite, pone un problema di sostenibilità e resilienza del sistema sanitario nazionale;

alla luce della revisione dell'assistenza territoriale e delle risorse europee del Piano nazionale di ripresa e resilienza è necessario prevedere investimenti sulle reti di prossimità, telemedicina, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, anche perché, al momento, le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano un grande gruppo di patologie ad alto impatto a non essere ancora state oggetto di un piano programmatico di settore;

infine, la Società europea di cardiologia definisce la morte cardiaca improvvisa come « una morte naturale dovuta a cause cardiache, preceduta dalla rapida perdita di coscienza, generalmente entro un'ora dall'insorgere della sintomatologia acuta, in soggetti con o senza cardiopatia nota preesistente, ma per i quali tempi e modalità del decesso sono inaspettati »;

la MCI è la causa prevalente di morte improvvisa nei bambini, negli adolescenti e nei giovani ed è un evento drammatico, che si verifica spesso in soggetti apparentemente sani, quale prima manifestazione di una patologia fino ad allora ignorata, le cui cause principali sono le cardiomiopatie (12-52 per cento), le miocarditi (3-12 per cento), le malattie delle valvole cardiache (1-11 per cento), la malattia aterosclerotica coronarica precoce (2-25 per cento), le anomalie delle arterie coronarie (2-19 per cento), la dissezione o le anomalie dell'aorta (2-5 per cento) e altre cause strutturali (8-14 per cento);

nel nostro Paese vi è l'obbligo del riscontro diagnostico in caso di morte improvvisa del lattante e del feto (legge 2 febbraio 2006, n. 31), ma non esiste alcuna legge che disciplina la morte improvvisa giovanile, mentre la corretta identificazione delle cause della morte improvvisa giovanile permetterebbe di identificare eventuali patologie ereditarie e di attuare sui familiari viventi specifiche strategie diagnostiche e terapeutiche preventive;

infine, a livello globale si stima che il 50 per cento dei pazienti in terapia farmacologica per la prevenzione cardiovascolare primaria (i pazienti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari) e il 43 per cento di quelli in prevenzione secondaria non aderiscono ai programmi di trattamento nei primi 2 anni. Per contrastare tale fenomeno, nel Piano d'azione globale dell'organizzazione mondiale della sanità del 2022, si chiede agli Stati di redigere raccomandazioni e linee guida per i casi a rischio di malattie cardiovascolari, soprattutto nell'area dell'ipercolesterolemia e ipertensione;

nel campo delle malattie cardiovascolari, i principali fattori di rischio sono la scarsa aderenza dei pazienti alle cure e l'accesso limitato ai farmaci. Negli anni sono nate delle soluzioni che cercano di ovviare a entrambe le cause rappresentate dalle *fix dose combination* (o polipillola) ovvero prodotti che contengono due o più principi attivi combinati. Si tratta di soluzioni più sostenibili per il sistema sanitario

nazionale, oltre che un supporto ad una maggiore aderenza alla terapia per i pazienti, finalizzata alla prevenzione sia primaria che secondaria di patologie cronicodegenerative. Inoltre, non è da dimenticare che l'aumento delle ospedalizzazioni ed i costi delle cure per le malattie cardiovascolari croniche minacciano la sostenibilità dei sistemi sanitari di molti Paesi;

la capacità degli operatori sanitari di costruire un rapporto empatico e comprensivo con i loro pazienti si traduce in una migliore adesione ai trattamenti, una maggiore soddisfazione e, spesso, in risultati clinici superiori. La comunicazione tra operatori sanitari e pazienti non dovrebbe ridursi a una interazione frontale e a senso unico, ma dovrebbe prevedere il coinvolgimento attivo e partecipativo del paziente, il quale deve sentirsi parte del proprio percorso di cura,

impegna il Governo:

1) a valutare l'opportunità di adottare un piano nazionale per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, in continuità e coerenza con il Piano nazionale della prevenzione e il Piano sulle cronicità, in grado di assicurare una visione unitaria e condivisa su tali patologie;

2) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di adottare ogni iniziativa di competenza volta a stanziare fin dal primo provvedimento utile adeguate e specifiche risorse economiche per l'implementazione delle attività di educazione sanitaria, informazione e di un necessario programma di *screening* in relazione alle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari;

3) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di individuare risorse adeguate per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci innovativi per le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, garantendo un accesso equo sul territorio nazionale;

4) ad adottare iniziative volte a ridurre le barriere burocratiche (schede di

monitoraggio, piani terapeutici) per la prescrizione di farmaci innovativi di comprovata efficacia e sicurezza procedendo anche ad un ampliamento e aggiornamento dei codici disponibili (Drg) affine di riconoscere le innovazioni;

5) a valutare l'opportunità di assumere ogni opportuna iniziativa di competenza per promuovere il recepimento del Piano nazionale per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari da parte delle regioni e delle province autonome entro sei mesi dalla data di istituzione, anche al fine di ridurre differenze regionali;

6) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di istituire e finanziare un programma sperimentale pluriennale di diagnosi precoce delle patologie cardiache della persona anziana, a partire dal compimento del settantesimo anno di età e a prevedere ed implementare programmi di medicina di popolazione, attenti ai fattori di rischio primario e secondario, anche geneticamente determinati, attraverso strumenti di stratificazione del rischio;

7) ad adottare iniziative di competenza volte a potenziare la telemedicina al fine di favorire il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti, specialmente quelli più anziani procedendo anche alla revisione dei percorsi attuali di presa in carico e alla definizione di nuovi percorsi per le principali patologie potenziandoli, con l'utilizzo sistematico della telemedicina e degli altri strumenti di sanità digitale in tutte le fasi del processo (dalla diagnosi precoce alla gestione e *follow-up*);

8) a revisionare la redazione del Programma Nazionale Esiti e il sistema delle SDO in cardiologia e cardiocirurgia, al fine di valutare il reale impatto delle tecnologie mini-invasive sul potenziamento e sul miglioramento dell'assistenza ospedaliera;

9) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di adottare iniziative volte ad attuare un'assistenza territoriale continua, che garantisca una presa in carico multidisciplinare e

multidimensionale, una corretta aderenza terapeutica, per migliorare la vita del paziente, prevenire disabilità e ridurre i costi sanitari;

10) ad adottare iniziative per garantire la raccolta dei dati sanitari dei pazienti sia a fini statistici che di ricerca, anche al fine di creare flussi informativi indirizzati, tra l'altro, a consentire interventi mirati sul Sistema sanitario nazionale;

11) a predisporre campagne di informazione, con il supporto delle associazioni dei pazienti e delle organizzazioni civiche, contro le malattie cardiovascolari nei confronti di soggetti non affetti da malattie cardiache, visto che corretti stili di vita, buone abitudini alimentari, un'adeguata attività fisica, l'abbandono dell'uso di prodotti da fumo, una buona igiene del sonno e la riduzione dei fattori stressanti sono alla base di una buona prevenzione;

12) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di promuovere un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale e multidisciplinare in grado di definire programmi di cura personalizzati e centrati sui bisogni dell'individuo migliorandone la qualità di vita;

13) a promuovere, tenuto conto della normativa vigente, iniziative per migliorare il rapporto tra il paziente e il medico curante, anche valutando l'opportunità di prevedere appositi percorsi di studio nei curricula universitari, affinché il paziente possa essere parte attiva del proprio percorso di cura;

14) a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, l'opportunità di prevedere la realizzazione di un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari, attivando uno *screening* delle malattie cardiovascolari, su tutti i nuovi nati, al fine di identificare i soggetti a rischio di mortalità e di morbilità cardiovascolari in età pediatrica, con particolare riferimento alle patologie per le quali esistono terapie che ne migliorano o rallentano la progressione;

15) ad adottare iniziative volte a realizzare materiale informativo su sintomi,



caratteristiche e prospettive di cura per le principali patologie cardio, cerebro e vascolari, da rendere disponibili all'interno degli studi dei medici di medicina generale e delle farmacie;

16) ad individuare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle linee guida in materia redatte dalle società medico-scientifiche nazionali e internazionali di riferimento e sentito l'Istituto superiore di sanità, gli interventi necessari per garantire l'esecuzione di una

diagnosi autoptica istologica e molecolare nei casi di morte improvvisa in età infantile e giovanile;

17) a promuovere un'attività più dettagliata di educazione al trattamento – sia degli operatori sanitari che dei pazienti – in fase di prevenzione cardiovascolare per garantire massima aderenza alla terapia e qualità terapeutica, anche attraverso soluzioni più sostenibili per il Sistema sanitario nazionale, oltre che a supporto di una riduzione del relativo numero di complicanze ed ospedalizzazioni.

(8-00071) « Malavasi, Furfaro, Ciani, Girelli, Stumpo ».

## ALLEGATO 7

**Sulla partecipazione di una delegazione della XII Commissione  
alla riunione dei Ministri della salute dei Paesi del G7.****RELAZIONE**

Una delegazione della Commissione Affari sociali da me guidata e composta, oltre che dal vicepresidente Ciocchetti, dai deputati Girelli, Loizzo, Patriarca, Quartini e Schifone, si è recata in missione ad Ancona dal 9 all'11 ottobre 2024.

La missione, autorizzata dal Presidente della Camera, trae origine dall'invito rivolto dal Ministro della salute, Orazio Schillaci, a una delegazione della XII Commissione, a partecipare alla riunione dei Ministri della salute dei Paesi del G7, prevista il 10 e l'11 ottobre 2024 ad Ancona, nell'ambito della Presidenza italiana del G7, in considerazione della particolare rilevanza dell'evento.

Nel corso della riunione, articolata per sessioni, sono state affrontate le principali tematiche inerenti alla tutela della salute a livello mondiale quali la resistenza antimicrobica, l'invecchiamento in salute e attivo, l'innovazione in sanità e le nuove prospettive offerte dalla tecnologia.

Dal punto di vista metodologico, il Ministro della salute italiano ha introdotto e presieduto tutte le sessioni e ha svolto delle considerazioni conclusive al termine di ciascuna di esse. Nell'ambito di ogni sessione, ha avuto luogo lo svolgimento di relazioni da parte di esperti, alle quali ha fatto seguito la discussione, con gli interventi dei Ministri della salute – o dei loro delegati – degli altri Paesi del G7 (Giappone, Germania, Regno Unito, Stati Uniti, Francia, Canada) nonché di alcuni Paesi *extra* G7 (Albania, Brasile, India, Arabia Saudita, Sud Africa), dell'Unione europea e di altre organizzazioni internazionali (FAO, OCSE, OMS), che hanno partecipato alla riunione.

La prima sessione è stata dedicata all'approccio *One Health*, con particolare riferimento al tema della resistenza antimicrobica (AMR). Da più parti è stato eviden-

ziato come si tratti di un'emergenza da fronteggiare con la massima tempestività, considerato che l'AMR costituisce una delle dieci minacce principali per la salute umana, animale e dell'ambiente, e che ben 4,9 milioni di decessi all'anno sono associati ad essa e una su cinque infezioni, nei Paesi OCSE, è antibiotico-resistente. È stato ricordato che nella dichiarazione assunta dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel mese di settembre scorso si è posto l'obiettivo di ridurre i decessi del 10 per cento entro il 2030.

Il Ministro Schillaci ha sottolineato che il contrasto all'AMR comporta necessariamente la messa in atto di azioni globali e multisettoriali, che coinvolgano i sistemi sanitari, il settore agricolo e la gestione dell'ambiente. In tale prospettiva, dalla discussione svolta è emersa l'esigenza di garantire e promuovere un accesso equo a prodotti antimicrobici, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito dove le risorse sanitarie possono essere limitate e il peso della resistenza antimicrobica è superiore rispetto ai Paesi industrializzati. Inoltre, campagne educative e strategie di comunicazione adeguate sono reputate essenziali al fine di fornire informazioni corrette e per sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza di aderire alle misure di prevenzione e di contrasto alle infezioni, come i programmi di vaccinazione e le misure relative all'acqua e ai servizi igienico-sanitari. Al fine di mitigare la diffusione di agenti patogeni resistenti, è stato indicato altresì il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e di raccolta e monitoraggio dei dati, per consentire un processo decisionale informato e tempestivo.

Gli obiettivi individuati presuppongono finanziamenti adeguati per sostenere l'attuazione di strategie globali contro la resi-

stenza antimicrobica e gli investimenti nella ricerca e nello sviluppo di nuovi prodotti antimicrobici e strumenti diagnostici. In tale contesto, il Ministro Schillaci ha fatto presente che il Governo italiano, con il Piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2023-2025, ha stanziato 40 milioni di euro, dotando tale Piano di un vero e proprio fondo strutturale.

Da parte di tutti i soggetti intervenuti è stata assicurata la massima disponibilità all'adozione di interventi sempre più efficaci e continuativi.

La seconda sessione ha riguardato l'approccio *One Health*, con particolare riferimento al tema del cambiamento climatico. Esso rappresenta una delle più gravi minacce alla salute dell'umanità.

Oltre alle malattie sulle quali incide, in modo diretto o indiretto, si deve tenere conto del fatto che l'aumento della frequenza e dell'intensità di eventi meteorologici estremi, come ondate di calore, incendi e inondazioni, provoca ulteriore stress alle popolazioni, ai sistemi sanitari e alle infrastrutture della sanità pubblica.

È stato ricordato come negli ultimi anni siano state avviate misure per affrontare il legame tra cambiamenti climatici e salute, nella convinzione che la protezione dell'ambiente e la mitigazione dei cambiamenti climatici contribuiscono al miglioramento della salute umana e al rafforzamento della resilienza dei sistemi sanitari. In particolare, nell'ultima dichiarazione di Dubai della COP28 sul clima e la salute si è ribadito l'impegno a «trasformare i sistemi sanitari in sistemi resistenti al clima, equi, a basse emissioni di carbonio e sostenibili e incoraggiare una rapida e sostenibile riduzione delle emissioni di gas serra del settore sanitario».

Dalla discussione svolta è emersa, tra l'altro, l'importanza dell'identificazione precoce dei rischi per la salute legati al clima, che possono informare lo sviluppo di sistemi di allerta precoce, di misure di risposta rapida e di interventi nonché di soluzioni innovative per il settore sanitario. Proprio questo settore deve essere parte integrante della mitigazione dei cambiamenti climatici, attraverso l'adozione di

soluzioni innovative per ridurre i rischi per la salute. Al riguardo, occorre prevedere l'inserimento dei dati climatici all'interno dei servizi di sorveglianza sanitaria.

Anche in questo caso, come per l'AMR, non è stato messo in dubbio il fatto che i miglioramenti potranno essere conseguiti solo adottando un approccio multisettoriale e forme di collaborazione molto stretta a livello internazionale, in quanto nessuno Stato può pensare di risolvere il problema agendo in modo isolato.

La terza sessione si è svolta con la partecipazione da remoto dei Ministri delle finanze – o dei loro delegati – dei Paesi del G7, che hanno affiancato i Ministri della salute nella trattazione di temi quali il supporto e lo sviluppo della ricerca nel campo dell'AMR e il rafforzamento della capacità produttiva dell'Africa. Con riferimento al primo argomento, il *focus* è costituito nelle modalità con cui i Ministri della salute e delle finanze dei Paesi del G7 possono interagire per garantire meccanismi adeguati al fine di attirare i necessari fondi per lo sviluppo di antibiotici antibatterici. In questo contesto, occorrerebbe prevedere incentivi cosiddetti «*push*», volti a incoraggiare gli investitori privati ad allocare risorse nella fase di ricerca di nuovi antibatterici, accanto agli incentivi «*pull*», volti a incrementare il ritorno finanziario dopo l'approvazione del farmaco e il suo ingresso nel mercato. In tale ambito, i Ministri italiani hanno annunciato un finanziamento di 21 milioni di euro per lo sviluppo di nuovi antibiotici nel prossimo triennio e, parallelamente, sono in fase di predisposizione misure per garantire incentivi «*pull*».

Riguardo all'altro tema affrontato nella terza sessione, i partecipanti hanno ribadito l'impegno a sostenere lo sviluppo delle capacità di produzione farmaceutica nel continente africano, in particolare per quanto concerne i vaccini, promuovendo partnership con i Paesi africani, migliorando i quadri normativi e sostenendo lo sviluppo della forza lavoro e i trasferimenti volontari di tecnologia a condizioni reciprocamente concordate. L'obiettivo è rea-

lizzare la produzione a livello locale del 60 per cento circa dei vaccini entro il 2040.

La quarta sessione è stata dedicata all'architettura della salute globale. È stato fatto presente che i Paesi del G7 hanno la responsabilità collettiva di riconoscere la salute come valore fondamentale delle nostre società e come motore della cooperazione internazionale, e quindi di rafforzare l'architettura sanitaria globale, traendo insegnamento dalle passate emergenze sanitarie globali.

Il contesto attuale è molto complesso, un numero crescente di persone a livello globale sta sperimentando l'impatto devastante sulla propria vita e salute dei conflitti in corso e delle crisi umanitarie, aumentano le disuguaglianze tra Paesi e all'interno dei Paesi. Se, da una parte, i sistemi sanitari si stanno gradualmente riprendendo dall'impatto della pandemia di Covid-19, dall'altra il vaiolo delle scimmie (mpox) è stato dichiarato dall'OMS un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale, inducendo i Paesi a potenziare le misure di sorveglianza e risposta.

In tale situazione, è essenziale che l'OMS continui a svolgere un ruolo centrale e di coordinamento, promuovendo una collaborazione coerente e inclusiva tra gli attori internazionali, migliorando il quadro globale per la prevenzione e la risposta alle future pandemie. Nessuna delle sfide sanitarie a livello globale può essere affrontata senza finanziamenti volti a sostenere, tra le altre iniziative, il Fondo globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, reso operativo dalla Presidenza italiana del G7 nel 2001; il Fondo per le pandemie, anche ampliando la sua base di donatori, al fine di garantire l'attuazione della sua strategia a medio termine; l'Alleanza Gavi, al fine di garantire che l'obiettivo di vaccinare 500 milioni di bambini in più entro il 2030 venga effettivamente raggiunto.

Nella giornata di venerdì 11 ottobre si sono svolte le ultime due sessioni. Nel corso della quinta sessione è stato trattato il tema dell'invecchiamento attivo. Nei Paesi del G7 è in crescita il numero delle persone di età pari o superiore a 90 anni (pari a quasi otto milioni complessivamente). L'Italia ha un'a-

spettativa di vita alla nascita di 84 anni e si colloca in una delle posizioni più alte al mondo per quanto riguarda la percentuale di adulti con più di 65 anni.

Una popolazione sempre più anziana presenta diverse sfide quali l'aumento delle malattie croniche, l'invecchiamento della forza lavoro, l'aumento dei costi pensionistici e assistenziali, il mantenimento della sostenibilità dei sistemi sanitari. Il rischio di una vita più lunga è quello di vivere l'ultima parte della vita con malattie croniche, disabilità legate all'età e senza il supporto di reti sociali.

Dagli interventi che si sono succeduti è emerso come il compito della medicina, nel contesto attuale, sia quello di aumentare l'aspettativa di vita «in salute». Per raggiungere tale obiettivo è necessario agire attraverso investimenti nella prevenzione, tesi a incidere sullo stile di vita delle persone, da un lato, e a promuovere programmi di *screening* e di immunizzazione, dall'altro. Occorre, dunque, attivare campagne di sensibilizzazione affinché sempre più persone scelgano di farsi monitorare, in quanto le politiche che sostengono l'invecchiamento attivo, oltre che favorire la salute dei singoli, incidono anche nel senso di contenere la spesa sanitaria.

Nel corso della discussione è stata sottolineata l'importanza di promuovere stili di vita sani, attraverso modelli alimentari benefici a partire dall'allattamento al seno e l'attività fisica, riducendo al contempo i fattori di rischio, quali il fumo l'abuso di alcol.

Alcuni dei soggetti intervenuti hanno segnalato la necessità di integrare i servizi sanitari con quelli di assistenza sociale, specialmente per gli anziani più vulnerabili.

Nelle conclusioni, il Ministro Schillaci ha fatto presente che gli investimenti nei progressi tecnologici, come l'intelligenza artificiale, la digitalizzazione e gli strumenti di telemedicina, saranno fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e l'erogazione dei trattamenti, offrendo un potenziale rilevante per aumentare l'equità nell'accesso ai servizi sociali e sanitari in luoghi remoti.

La sesta ed ultima sessione è stata dedicata all'utilizzo dell'intelligenza artificiale (AI) in sanità, un tema molto sentito dai partecipanti alla riunione.

Il Ministro Schillaci si è soffermato sull'enorme potenziale delle applicazioni dell'AI nella salute, evidenziando, in particolare, che: gli algoritmi avanzati sono in grado di identificare le malattie nelle fasi iniziali, consentendo interventi tempestivi; l'AI fornisce strumenti per la gestione delle malattie croniche, aiutando i pazienti a monitorare la propria salute e ad aderire alle terapie in modo più efficace, anche attraverso raccomandazioni terapeutiche personalizzate; l'utilizzo di AI può migliorare l'efficienza operativa degli ospedali, ottimizzando la programmazione delle risorse e riducendo i tempi di attesa. Ciò è particolarmente importante nel contesto della crescente domanda di servizi sanitari.

In sintesi, le applicazioni dell'AI offrono nuove opportunità per affrontare alcune delle sfide più urgenti nel campo della salute, portando a una medicina più personalizzata e accessibile. Peraltro, tali applicazioni non sono solo teoriche ma sono già in uso e dimostrano una chiara capacità di migliorare le strategie diagnostiche e terapeutiche e di perfezionare il processo decisionale.

Se tutti i partecipanti hanno condiviso le considerazioni sul potenziale dell'AI, in modo altrettanto concorde hanno richiamato alcuni elementi che è necessario garantire al fine di gestire correttamente l'im-

plementazione delle nuove tecnologie. In primo luogo, occorre mettere a disposizione dati sicuri e affidabili, nel rispetto della tutela della *privacy*. In questo senso, è stata rivendicata con orgoglio la normativa adottata in sede di Unione europea sullo spazio europeo dei dati sanitari. In particolare, occorre garantire che i dati siano organizzati, classificati e standardizzati per migliorare i risultati degli algoritmi. Ciò richiede una cooperazione internazionale per la standardizzazione e l'armonizzazione dei dati, essenziale per la formazione e la validazione dei modelli di AI.

Si pone, altresì, l'esigenza di mantenere e di rafforzare la relazione tra medico e paziente. In questo senso, è stato fatto notare che l'AI può semplificare i flussi di lavoro, alleggerendo gli oneri amministrativi degli operatori sanitari e consentendo loro di dedicare più tempo alle interazioni con i pazienti.

In generale, dalla discussione è emersa la consapevolezza che, nel procedere, è necessario formare adeguatamente gli operatori sanitari e i pazienti sull'AI, sui suoi benefici e sui suoi limiti, in quanto la trasparenza dei sistemi è fondamentale per creare fiducia ed evitare future controversie.

Nelle conclusioni, è stato manifestato entusiasmo verso il potenziale dell'AI nell'assistenza sanitaria e verso l'impegno collettivo a sfruttarne i vantaggi in modo responsabile ed etico.