

Seduta n. 698 di martedì 25 ottobre 2016

*MOZIONI APPROVATE SULLA SALVAGUARDIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E  
SULLE POLITICHE IN MATERIA DI SALUTE*

La Camera,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per incrementare le risorse del fondo sanitario nazionale e rivedere la previsione del documento di economia e finanza 2016 di una riduzione della spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo per i prossimi anni, prevedendone invece un significativo incremento sia in valori assoluti che in rapporto al prodotto interno lordo in relazione ai fabbisogni reali individuati dalle regioni;
- 2) ad assumere iniziative per stanziare le opportune risorse finanziarie – prevedendo le eventuali deroghe alla normativa vigente in materia – volte a consentire lo sblocco del *turn over* nel Servizio sanitario nazionale, in particolare per il personale medico, infermieristico, tecnico e socio sanitario di supporto, e la stabilizzazione dei precari su base regionale, attraverso lo sblocco del *turn over* al 100 per cento e l'indizione di concorsi regionali per disciplina e profilo con graduatorie regionali al fine di consentire la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi sanitari con particolare attenzione al territorio;
- 3) ad assumere iniziative per riconoscere e valorizzare quei profili professionali, quali gli operatori sociosanitari, indispensabili per rafforzare il sistema assistenziale e contribuire al miglior funzionamento dei servizi;
- 4) a garantire l'uniformità nazionale delle politiche sanitarie tramite processi di decentramento amministrativo, partecipazione democratica e corretta sussidiarietà tra Stato, regioni, comuni e aziende sanitarie locali/aziende sanitarie ospedaliere per evitare la burocratizzazione e ministerializzazione che nega lo spirito della riforma sanitaria del 1978;
- 5) a valutare la possibilità di assumere iniziative per procedere nell'immediato all'abrogazione del cosiddetto *superticket* e successivamente abolire gradualmente le compartecipazioni alla spesa sanitaria, soprattutto in presenza di disabilità, al fine di garantire l'universalità delle cure e l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, con l'obiettivo di evitare la sempre più frequente rinuncia forzata di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, col conseguente ricorso ai privati;
- 6) ad attuare un piano di edilizia sanitaria, supportato da adeguate risorse finanziarie, finalizzato alla messa in sicurezza alla manutenzione e al recupero delle strutture, con abbattimento delle barriere architettoniche, ottenimento dell'efficienza energetica e umanizzazione dei luoghi di lavoro per gli operatori sanitari e gli utenti;
- 7) ad attivare efficaci iniziative, anche normative, volte a intensificare il contrasto alle frodi e alla corruzione, nonché alle diseconomie e agli sprechi interni alla sanità, prevedendo che tutte le risorse certificate liberatesi vengano reinvestite unicamente nel Servizio sanitario nazionale;
- 8) ad assumere iniziative per introdurre specifiche previsioni in materia di appalti pubblici nel settore della sanità pubblica, al fine di eliminare le distorsioni legate al troppo frequente ricorso a proroghe automatiche e taciti rinnovi di appalti, nonché per incrementare la trasparenza e il controllo nelle procedure che riguardano i meccanismi di spesa;

- 9) a promuovere, per quanto di competenza, un sistema di accreditamento rigoroso e di qualità all'interno della programmazione pubblica con valutazione dei risultati, che non penalizzi l'occupazione, ma tenga conto, nei casi di responsabilità o inefficienza del privato, della possibilità di reinternalizzare e regionalizzare gli operatori, i servizi e le attività esternalizzati, appaltati o accreditati;
- 10) ad assumere iniziative per rinnovare con adeguate risorse il sistema delle cure primarie, investendo sulla prevenzione e sull'assistenza domiciliare e territoriale, soprattutto ad alta integrazione sociale (anziani, salute mentale, disabilità), salvaguardando, nell'ambito della razionalizzazione delle reti ospedaliere, i piccoli presidi in zone disagiate;
- 11) ad assumere iniziative per incrementare le risorse destinate alle non autosufficienze e a interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime;
- 12) a implementare l'assistenza territoriale, le reti di poliambulatori collegati telematicamente con gli ospedali e nuove forme organizzative in grado di erogare prestazioni assistenziali sulle 24 ore, assumendo le iniziative di competenza per sospendere e rivedere quindi il nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione di medicina generale approvato nell'aprile 2016 alla luce delle forti criticità esposte in premessa;
- 13) a realizzare le case della salute, come luogo di partecipazione dei cittadini e programmazione della sanità territoriale nell'ambito di politiche complessive che assicurino continuità assistenziale e una rete di servizi extraospedalieri, senza limitarsi alla mera riconversione in poliambulatori di strutture sanitarie dismesse, con la necessaria innovazione della sanità di iniziativa;
- 14) a promuovere politiche di genere finalizzate ad eliminare la disuguaglianza secondo il principio di equità e appropriatezza delle cure, incentivando la presenza di tavoli di coordinamento regionali;
- 15) a sviluppare un'efficace programmazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie secondo indicatori «genere correlati» e a implementare la medicina di genere in ambito di ricerca e universitario e con percorsi di educazione medica continua;
- 16) a valorizzare e ridare piena centralità ai consultori, quale servizio per il sostegno alla sessualità libera e alla procreazione responsabile, attraverso un adeguamento delle risorse, della rete di servizi, degli organici e della loro formazione, delle sedi, nonché secondo la piena attuazione della legge n. 405 del 1975 e del progetto obiettivo materno infantile;
- 17) a garantire la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 in tutte le strutture e su tutto il territorio nazionale, nel rispetto del principio della libera scelta e del diritto alla salute delle donne e della maternità e paternità responsabili, assumendo tutte le iniziative, nell'ambito delle proprie competenze, finalizzate anche all'assunzione di personale non obietto per garantire il servizio di interruzione volontaria di gravidanza;
- 18) ad assumere le opportune iniziative normative affinché in ogni regione siano individuate le strutture sanitarie pubbliche nelle quali istituire servizi dedicati a compiti relativi alla diagnostica prenatale e allo svolgimento delle procedure e interventi di interruzione volontaria della gravidanza, anche oltre il novantesimo giorno, con personale composto obbligatoriamente da non obiettori di coscienza;
- 19) ad assumere iniziative perché ogni struttura pubblica o del privato accreditato (sia essa un ospedale o un consultorio) applichi pienamente la legge, in modo tale che solo a fronte di questo impegno possa essere concesso l'accredimento;
- 20) ad assumere iniziative per rifinanziare il fondo per il rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi, istituito con la legge di stabilità per il 2015, incrementandone sensibilmente la dotazione finanziaria e rivedendo contestualmente i criteri di priorità, in modo che tutti i pazienti possano usufruire dei trattamenti innovativi;
- 21) a valutare la possibilità, riguardo ai farmaci per l'epatite C, di avviare quanto prima le opportune iniziative volte a modificare l'attuale normativa nazionale al fine di ricomprendere anche l'«emergenza sanitaria» (di cui all'accordo TRIPs) tra le condizioni per la concessione dell'uso del brevetto senza il consenso del titolare, e di adottare conseguentemente tutte le iniziative in sede

internazionale per chiedere quindi, sulla base del citato TRIPs, la prevista deroga alla protezione brevettuale attraverso la «licenza obbligatoria» per i nuovi farmaci antivirali ad azione diretta contro il virus dell'epatite C, al fine di produrli a costo contenuto garantendo l'accesso al trattamento a tutti coloro che ne hanno bisogno;

22) a valutare la possibilità di assumere le opportune iniziative normative affinché l'Aifa ricorra a bandi competitivi per la determinazione del prezzo di acquisto dei vaccini individuati come strategici nel piano nazionale vaccinazioni;

23) ad avviare una politica di maggiori investimenti e incentivi finalizzati ad estendere la ricerca biomedica indipendente, con particolare riferimento alle biotecnologie e alla valutazione di efficacia degli interventi terapeutici e riabilitativi, per far crescere modelli innovativi dei servizi pubblici e nuove attività economiche, con ricadute importanti per la qualità dei servizi, l'occupazione e la ripresa economica;

24) ad avviare le opportune iniziative normative affinché la prevista quota premiale di riparto delle risorse previste per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a favore delle regioni che abbiano adottato misure idonee per una corretta gestione dei bilanci sanitari venga attribuita anche per quelle regioni sottoposte ai piani di rientro che, nell'ambito di processi efficaci di riorganizzazione dei servizi, rispondano in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini;

25) a valutare la possibilità di promuovere, nell'ambito delle proprie competenze e d'intesa con le regioni, un'efficace politica di prevenzione volta al rafforzamento della collaborazione e delle sinergie tra le aziende sanitarie, con particolare riferimento ai dipartimenti di prevenzione, e le agenzie ambientali, anche tramite la costituzione di nuove entità organizzative integrate ambientali-sanitarie, inserite nei servizi sanitari regionali, intervenendo attivamente su altri settori affinché la prevenzione attraverso tutte le politiche a livello nazionale.

(1-01395)

*(Testo modificato nel corso della seduta come risultante dalla votazione per parti*

*separate)* [«Nicchi, Gregori, Scotto, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratoianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Martelli, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pannarale, Pellegrino, Piras, P lacido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Zaratti»](#).

La Camera,

premessi che:

la legge n. 833 del 1978 ha il merito di aver istituito nel nostro Paese il servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio; il servizio sanitario nazionale ispirato ai principi di universalità, uguaglianza, globalità e appropriatezza e la legge istitutiva dello stesso sono funzionali alla centralità del diritto alla salute, nel senso, che attuano l'articolo 32 della Costituzione;

il servizio sanitario nazionale, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione mondiale della sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione;

non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto ad un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza alcune forme di ponderata modulazione, ha subito, nel tempo, alcune necessarie «rivisitazioni» come correttivi, che tuttavia, non hanno mai fatto venir meno i tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione;

l'evoluzione della politica sanitaria, nel periodo che si sta esaminando, e il relativo assetto organizzativo non possono essere valutati senza far cenno anche alla riforma del Titolo V della Costituzione, ai cambiamenti sociali e demografici, all'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, all'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), all'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria, che hanno reso negli ultimi anni non più procrastinabile l'avvio di un ripensamento del modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale;

ecco perché oggi si parla molto di sostenibilità del servizio sanitario nazionale, e la sostenibilità in sanità comprende oltre ai fattori strettamente economici anche altri fattori quali lo sviluppo, la cultura, la professionalità e l'innovazione. Sviluppare un servizio sanitario nazionale sostenibile vuol dire quindi porre attenzione ed investire su tutti questi fattori, ma significa soprattutto, ripensare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario e costruirne uno più vicino alle persone e ai bisogni di salute che essi esprimono;

si è di fatto passati da un concetto di universalità «forte» e incondizionata – rispondente al modello del «tutto a tutti a prescindere dai bisogni», ad un concetto di universalità «mitigata», finalizzata a garantire prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha effettivamente bisogno;

in considerazione del contesto socio-sanitario ed economico di interesse:

si è potuta apprezzare la politica sanitaria del Ministro della salute volta a: «rigenerare e rivitalizzare» in modo strategico il settore della sanità – anche come volano di sviluppo del sistema imprenditoriale italiano – impegnato nell'innovazione tecnologica e nel campo della ricerca, anche in termini di prodotto interno lordo; ad aumentare le capacità del sistema sanitario a convertire le risorse in valore, tenendo presente che l'investimento in salute è il presupposto per la crescita e lo sviluppo di un Paese, a perseguire, con forte determinazione, la qualità e la sicurezza sanitaria non solo per ridurre i costi, ma soprattutto per raggiungere indubbi benefici in termini di salute pubblica; ad attuare una revisione complessiva del modello organizzativo e gestionale per ridurre le inefficienze e le inapproprietezze, ad esclusivo beneficio del sistema sanitario in Italia;

si è assistito a nuovi programmi di revisione e aggiornamento della struttura gestionale e della *governance* degli ospedali e di tutte le aziende sanitarie, così da consentire una riduzione complessiva della spesa senza pregiudicare il livello di qualità delle prestazioni e la competitività dell'industria del nostro Paese. È intervenuto da ultimo, nel mese di agosto 2016 il decreto legislativo recante una innovativa disciplina per la nomina dei direttori generali, amministrativi e sanitari che guidano le strutture sanitarie; l'elemento di estrema novità introdotto rispetto al passato è il principio della trasparenza per il conferimento degli incarichi e la provata competenza per poter accedere agli incarichi apicali;

la politica del Ministro della salute ha affrontato l'annoso problema degli sprechi e della inapproprietezza in sanità, con interventi mirati ad intervenire sugli sprechi derivanti da assenza o carenza di integrazione ospedale-territorio; da carenza di assistenza domiciliare e di *welfare* di comunità, nonché dagli sprechi derivanti dagli errori in sanità;

il continuo e proficuo impegno del Ministro della salute ha consentito di poter contare – anche nel corso di un intervallo temporale, caratterizzato da una difficile contingenza economica – su strategie di politica sanitaria finalizzata alla prevenzione, mediante una serie di iniziative capillari che muovono dai piani nazionali della prevenzione, dai piani nazionali per garantire la copertura vaccinale sul territorio nazionale, dagli *screening* neonatali, dalle iniziative per contrastare ogni forma di dipendenza, con specifico riguardo alla lotta contro il fumo, contro la dipendenza da sostanze stupefacenti, contro l'alcol e contro la dipendenza da gioco patologico, e a favore dei corretti stili di vita in ogni fase di età, con specifico riguardo anche alla salute delle donne. Di estrema importanza per le politiche di prevenzione si sono rilevate le raccolte sistematiche di dati e i sistemi di sorveglianza, diretti verso specifiche fasce di popolazione, individuate per età o per composizione;

l'intervallo temporale che si sta esaminando è stato, peraltro, caratterizzato dall'imponente fenomeno dei flussi migratori, che ha richiesto iniziative di continuo coordinamento

tra più organi istituzionali, non solo nazionali o comunitari, i cui esiti hanno, comunque e sempre, garantito risposte sicure non solo umanitarie, ma anche e soprattutto sanitarie;

si è assistito, inoltre, negli ultimi anni ad una imponente e proficua azione di riorganizzazione della rete assistenziale, che ha rafforzato i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che questo è stato uno dei temi su cui si «è giocata» la stessa sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Valga un esempio per tutti: il decreto 2 aprile 2015, n. 70, che ha dettato gli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che muove non da esigenze di contenimento della spesa sanitaria – sarebbe riduttivo ricondurlo a fini finanziari – bensì da esigenze di sicurezza e di qualità per l'assistenza ospedaliera; il riordino della rete ospedaliera, infatti, è volto alla concreta realizzazione di un processo di appropriatezza e maggiore sicurezza per i pazienti, per consentire agli ospedali di sviluppare tutta la loro capacità produttiva, per dare vita ad una rete ospedaliera in grado di erogare prestazioni più sicure e di elevata qualità;

come non ricordare le iniziative in materia di personale del servizio sanitario nazionale, giacché è di questi giorni la notizia che il disegno di legge di bilancio per il 2017 conferma la volontà del Ministro finalizzata a garantire un significativo sblocco del *turn over*, con la possibilità di oltre 7.000 assunzioni e stabilizzazioni nel servizio sanitario nazionale, sia di medici che di infermieri;

le iniziative confermate con il disegno di legge di bilancio per il 2017, inducono a guardare con fondate e favorevoli aspettative a nuove prospettive di cura e di terapie avanzate, grazie alle risorse finalizzate all'acquisto di nuovi e costosi medicinali cosiddetti innovativi (ad esempio, il farmaco anti epatite C) e medicinali innovativi oncologici;

l'evoluzione della politica del Ministro della salute e l'implementazione delle attività poste in essere, inducono ad auspicare che nel 2017 il servizio sanitario nazionale potrà beneficiare di tutte le iniziative messe in campo e realizzate fin dall'inizio del suo mandato governativo, che peraltro, continuano tenacemente ad essere incrementate,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per mantenere stabili le risorse del fondo sanitario nazionale e, anche per il futuro, destinare al medesimo fondo ogni risorsa che consegue alle politiche di razionalizzazione ed efficienza del servizio sanitario nazionale;
  - 2) ad assumere iniziative per rendere stabile ed a regime il fondo strutturale per i farmaci innovativi, con sempre adeguate risorse finanziarie;
  - 3) ad assumere iniziative per rendere stabile ed a regime il fondo per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini (NPNV) con adeguate risorse finanziarie;
  - 4) ad assumere iniziative per istituire un fondo strutturale per il finanziamento dei farmaci oncologici innovativi, con adeguate risorse finanziarie;
  - 5) ad adoperarsi affinché in tempi rapidi, e comunque non oltre il 1° gennaio 2017, possano essere aggiornati i livelli essenziali di assistenza ed i nomenclatori protesici ponendo così fine ad una attesa di oltre 15 anni;
  - 6) ad adoperarsi affinché, all'esito delle prossime iniziative in materia di risorse umane del servizio sanitario nazionale, e sulla base di adeguate risorse finanziarie, possa essere garantito lo sblocco del *turn over*, e possa risolversi l'annoso problema della carenza nelle strutture sanitarie del personale sanitario, con la possibilità di procedere a nuove assunzioni e stabilizzazioni del personale precario, per un ammontare di oltre 7.000 unità tra medici e infermieri.
- (1-01399) «[Binetti](#), [Calabrò](#), [Bosco](#)».

La Camera,

premesse che:

come specificato dal documento predisposto dalla Conferenza delle regioni e delle

province autonome, «la legge di stabilità 2016 ha aggiunto a carico delle RSO un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni per il 2017 che diventeranno addirittura di 5.480 milioni per gli anni 2018 e 2019 ancorché quest'ultima riguardi più in generale il comparto delle Regioni»;

a tali contributi si sommano i tagli derivanti dalle precedenti manovre pari a 4.202 milioni (di cui 2.000 milioni come detto coperti con la riduzione del Fondo sanitario nazionale. Le regioni applicano la disciplina del «pareggio di bilancio» già dall'esercizio finanziario 2015 e, per assolvere alla manovra di finanza pubblica 2016, sono obbligate addirittura ad un avanzo di bilancio pari a 2,209 miliardi di euro. Dai dati si evince come siano l'unico comparto della pubblica amministrazione che non ha usufruito di un allentamento delle regole del pareggio;

a questo contributo sulla riduzione del debito, si aggiunge il risparmio a carattere permanente dell'applicazione delle regole del pareggio di bilancio già dal 2015, che le regioni apportano come contributo alla finanza pubblica, quantificato dalla relazione tecnica al disegno di legge di bilancio in 1.850 milioni per il 2016, 1.022 milioni per il 2017 e 660 milioni per il 2018 e acquisito nei tendenziali di finanza pubblica (oltre al contributo sopra evidenziato prodotto dall'avanzo sul pareggio di bilancio);

resta un dato incontrovertibile che le risorse concordate tra lo Stato e le regioni nel patto per la salute 2014-2016 sono già state decurtate di 6,8 miliardi di euro, che il fondo sanitario è cresciuto negli ultimi 5 anni di soli 3,1 miliardi di euro, infatti di tutta evidenza è il suo taglio essendo passato dai 117,6 miliardi di euro (DEF del 2013) ai 113 miliardi di euro annunciati dal Governo nel prossimo disegno di legge di bilancio;

al di là delle cifre, soprattutto l'ammontare previsto per il 2017, in relazione al quale bisognerà attendere l'approvazione della prossima legge di bilancio, ciò che preoccupa i firmatari del presente atto di indirizzo è, l'assoluta mancanza, anche nell'ultimo documento di economia e finanza, di idee e di strategie a medio-lungo termine a garanzia della sostenibilità del servizio sanitario nazionale, compensate dai tagli della spesa più o meno lineari;

ad oggi se si analizzano i saldi della mobilità sanitaria, si evince che in cima alla graduatoria delle regioni che attraggono più pazienti c'è la Lombardia, con un saldo positivo di 534 milioni di euro, a seguire l'Emilia Romagna con un saldo positivo di 327 milioni di euro e la Toscana con un saldo positivo di 151 milioni di euro;

tra le regioni che hanno saldi negativi, guida la classifica la Campania con un saldo negativo di 270 milioni di euro seguita dalla Calabria con un saldo negativo di 251 milioni di euro, dal Lazio con saldo negativo di 201 milioni di euro, dalla Puglia con un saldo negativo di 187 milioni di euro e infine dalla Sicilia con un saldo negativo di 161 milioni di euro;

si fatica davvero a capire come con assenza di programmazione si potranno modificare le dinamiche della spesa pubblica con l'obiettivo di garantire la sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Perché essa richiede azioni ed interventi più coraggiosi, investimenti (tecnologici ed edilizi), una maggiore integrazione tra i servizi con l'urgente riforma dell'assistenza primaria, una *public health* in cui i servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari sappiano davvero dialogare con metodologie comuni e solide;

vi sono politiche del personale che da anni sono in attesa dei rinnovi contrattuali; il relativo comparto registra un'età anagrafica avanzata anche a causa della riforma previdenziale (più del 50 per cento dei medici pubblici è *over 55enne* e, di essi, più del 12 per cento è *over 60enne*) e ha risentito pesantemente del blocco del *turn over* oltre che dell'esternalizzazione di molti servizi;

secondo le previsioni delle associazioni di categoria, nel decennio 2014-2023, saranno oltre 58 mila i medici che raggiungeranno l'età pensionabile, quando i contratti di formazione specialistica oggi in essere sono in grado di garantire l'acquisizione di 42.700 nuovi specialisti, che non saranno certo sufficienti a coprire il fabbisogno che già oggi, in alcune aree, evidenzia pesantissime insufficienze,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per provvedere al reintegro del fondo sanitario nazionale al fine di un ritorno alla dotazione del 2013 e di garantire il diritto alla salute dei cittadini costituzionalmente previsto, valorizzando quelle regioni che hanno saputo garantire standard elevati e bilanci positivi;
- 2) ad assumere iniziative per definire un programma di risparmi non lineare attraverso l'introduzione dei costi standard nel comparto sanitario, prevedendo che i risparmi derivanti dai medesimi costi standard per l'esercizio delle funzioni regionali sanitarie debbano essere mantenuti all'interno del comparto regioni per lo sviluppo degli investimenti e della competitività;
- 3) a valutare, compatibilmente con i vincoli di bilancio, la possibilità di assumere iniziative per disciplinare il saldo dei rimborsi vantati dalle regioni, in merito alla migrazione sanitaria, prevedendo un fondo dove vengono predisposte le opportune compensazioni per le cure cui hanno beneficiato cittadini residenti al di fuori della regione di appartenenza e i cittadini stranieri.

(1-01400)

*(Testo modificato nel corso della seduta)* «[Rondini](#), [Fedriga](#), [Allasia](#), [Attaguile](#), [Borghesi](#), [Bossi](#), [Busin](#), [Caparini](#), [Castiello](#), [Giancarlo Giorgetti](#), [Grimoldi](#), [Guidesi](#), [Invernizzi](#), [Molteni](#), [Pagano](#), [Picchi](#), [Gianluca Pini](#), [Saltamartini](#), [Simonetti](#)».

La Camera

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per superare le diseguaglianze regionali, in primo luogo mediante l'abolizione del *ticket* fisso di dieci euro su tutto il territorio nazionale;
- 2) ad avviare una programmazione che determini un contenimento delle liste di attesa in ambito sanitario, favorendo un corretto uso di tutte le risorse del Servizio sanitario nazionale in una logica di integrazione e sinergia del sistema e erogativo fra le diverse strutture operanti sul territorio;
- 3) ad assumere iniziative per apportare le giuste modifiche alle misure di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria ai fini dell'esenzione del *ticket*, dato dalla somma dei redditi lordi dei singoli membri del nucleo familiare, portando l'esenzione per reddito alla somma di quindicimila euro;
- 4) ad assumere iniziative per inserire adeguate risorse destinate al Servizio sanitario nazionale con il relativo rilancio delle politiche di finanziamento pubblico al fine di rimodulare i livelli essenziali di assistenza per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie a elevato *standard* qualitativo di prestazione e assistenza;
- 5) a valutare la possibilità di garantire, nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in via di presentazione al Parlamento, recante la «Definizione dei Livelli essenziali di assistenza», la previsione esplicita delle cure palliative come livelli essenziali di assistenza in tutte le strutture ospedaliere, e per promuovere l'analoga modifica regolamentare all'interno degli *Standard* ospedalieri in vigore;
- 6) a promuovere una politica d'investimenti nel servizio sanitario pubblico che riporti il nostro Paese al livello europeo dei finanziamenti rispetto al Prodotto interno lordo;
- 7) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, affinché sia elaborato un piano relativo a nuove assunzioni di personale medico e paramedico nelle strutture sanitarie pubbliche al fine di assicurare ai cittadini le prestazioni specialistiche e non solo quelle essenziali e garantire un elevato *standard* di cura;
- 8) a garantire in tutte le strutture ospedaliere la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza nel totale rispetto della libertà delle donne;
- 9) ad assumere iniziative affinché sia assicurata per un'adeguata programmazione per garantire e ampliare l'effettivo miglioramento dei servizi per quanto concerne la salute sessuale e riproduttiva;
- 10) ad assumere tutte le iniziative volte a rendere i consultori un luogo privilegiato per la corretta educazione alla sessualità, alle prevenzioni di malattie trasmissibili sessualmente e alla maternità

consapevole;

11) ad assumere iniziative per migliorare e potenziare le attività dei consultori, individuando altresì le procedure volte a garantire la presenza di medici non obiettori;

12) a promuovere incontri formativi nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, volti all'educazione sessuale e sentimentale e al contrasto della violenza di genere, mediante la collaborazione dei consultori.

(1-01402)

(*Testo modificato nel corso della seduta*) «[Brignone](#), [Civati](#), [Andrea Maestri](#), [Matarrelli](#), [Pastorino](#), [Artini](#), [Baldassarre](#), [Bechis](#), [Segoni](#), [Turco](#)».

La Camera

impegna il Governo:

1) ad assumere iniziative per potenziare l'assistenza territoriale, le reti di poliambulatori collegati in rete con gli ospedali e nuove modalità organizzative funzionali, in modo da poter erogare le prestazioni sanitarie necessarie nell'arco delle 24 ore;

2) a garantire livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;

3) a valutare la possibilità di modificare, d'intesa con il sistema delle regioni, i criteri ed i pesi attualmente individuati ed utilizzati per il riparto tra le regioni del fondo sanitario nazionale, in modo da avere una distribuzione più equa dello stesso fondo;

4) ad assumere iniziative per aumentare le risorse destinate alle non autosufficienze;

5) a valutare l'opportunità di individuare, d'intesa con le regioni, un nuovo modello per l'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare per le persone affette da grave disabilità;

6) ad assumere iniziative per rifinanziare il fondo per il rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi, istituito con la legge di stabilità 2015;

7) a consentire l'utilizzo di farmaci antivirali ad azione diretta contro il virus dell'epatite c ai pazienti che ne risultano essere affetti;

8) a valutare la possibilità di considerare, d'intesa con le regioni, l'opportunità di assumere iniziative per rafforzare i controlli circa l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, nonché i sistemi di affidamento degli appalti relativi all'acquisizione dei servizi socio-sanitari al fine di garantire la trasparenza, l'efficacia e l'economicità delle scelte;

9) ad assumere le iniziative di competenza per prevedere un meccanismo sanzionatorio nei confronti delle regioni che non hanno provveduto all'adozione degli strumenti organizzativi funzionali previsti dall'Anac per prevenire la corruzione nelle Asl.

(1-01403)

(*Nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta come risultante dalla votazione per parti*

*separate*) «[Palese](#), [Altieri](#), [Bianconi](#), [Chiarelli](#), [Ciracì](#), [Corsaro](#), [Distaso](#), [Fucci](#), [Latronico](#), [Marti](#)».

La Camera,

premessi che:

secondo l'ultimo *report* della Commissione europea (direzione generale affari economici e finanziari) e dal Comitato di politica economica (CPE) «la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine è andata aumentando nel corso degli ultimi decenni in tutti gli Stati membri». Nel 2015, esso rappresentava l'8,7 per cento del PIL nell'Unione europea e potrebbe arrivare fino al 12,6 per cento del PIL nel 2060; secondo la relazione congiunta sulla Salute e i Sistemi di assistenza a lungo termine e la sostenibilità fiscale il documento esplora «le principali sfide e le possibili soluzioni politiche per assicurare la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari nell'Unione europea in un contesto di invecchiamento delle popolazioni e tenendo conto delle costose innovazioni tecnologiche che faranno aumentare l'assistenza sanitaria e le spese di



assistenza a lungo termine nel futuro»;

secondo l'ultimo rapporto Eurostat del marzo 2016 l'Italia spende il 7,2 per cento del prodotto interno lordo per la salute. Un dato che ci colloca nella media europea. Al vertice la Danimarca (8,7 per cento), seguita da Finlandia (8,3 per cento), Francia (8,2 per cento), mentre all'ultimo posto per il peso dell'istruzione sulla spesa pubblica (7,9 per cento nel 2014 a fronte del 10,2 per cento medio dell'Unione europea) e al penultimo posto per quella destinata alla cultura (1,4 per cento a fronte del 2,1 per cento medio dell'Unione europea). L'Italia paga soprattutto il peso preponderante della spesa per la protezione sociale (41,8 per cento a dispetto del 40,4 per cento dell'Unione europea) nonché della spesa per il funzionamento della pubblica amministrazione ove l'Italia spende l'8,9 per cento del prodotto interno lordo (a fronte del 6,7 per cento medio dell'Unione europea), e il 17,4 per cento della spesa pubblica a fronte del 13,9 per cento dell'Unione europea;

per quanto riguarda la spesa pubblica per la sanità in Italia (esclusa la *Long term care*) essa dovrebbe crescere (nel *Risk* scenario) dell'1,2 per cento sul prodotto interno lordo al 2060, meno di quanto è stimata la crescita nell'Unione europea (+1,6 per cento sul prodotto interno lordo);

la nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2016 presenta una revisione al ribasso delle stime sull'andamento dell'economia italiana per l'anno in corso rispetto alle previsioni formulate nel documento di economia e finanza 2016, in considerazione del nuovo contesto internazionale meno favorevole, e, in relazione alle incertezze che caratterizzano lo scenario internazionale, anche le previsioni di crescita per il 2017 sono ridimensionate;

per quanto riguarda il quadro macroeconomico programmatico per gli anni 2017 e successivi, la manovra di bilancio 2017-2019, come indicato nella nota, avrebbe un impatto positivo sulla crescita, sia pur nell'ambito di una valutazione che rimane prudenziale dato il pesante lascito della crisi degli ultimi anni, grazie anche alla politica fiscale che il Governo intende impostare per i prossimi anni;

con specifico riguardo al settore sanitario, nel conto economico della pubblica amministrazione e legislazione vigente, relativamente alla spesa sanitaria, è indicata una cifra pari a 113,654 miliardi di euro per il 2016, con un aumento di 278 milioni rispetto a quanto indicato del DEF (secondo i decreti di riparto approvati tra Io Stato e la Conferenza per il 2014 erano stati 109,928, per il 2015 107,252 e per il 2016 108,472);

nell'ambito degli interventi nel settore sanitario, la nota segnala l'intesa del 7 settembre 2016, raggiunta in Conferenza Stato-regioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che prevede l'aggiornamento del decreto del 2001 riguardante i livelli essenziali di assistenza garantiti dal sistema sanitario nazionale (LEA), ricordando che allo scopo la legge di stabilità 2016 (articolo 1, comma 555) ha autorizzato una spesa di 800 milioni di euro annui a valere sulle risorse del fondo sanitario nazionale, il piano nazionale della cronicità, volto a rafforzare le reti assistenziali e ridurre i ricoveri ospedalieri, l'Intesa raggiunta sul patto per la sanità digitale;

l'iter di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri relativo ai livelli essenziali d'assistenza, atteso da ormai 15 anni e, quello del nomenclatore tariffario degli ausili e delle protesi, atteso da 19 anni (l'attuale elenco risale al 1999, per altro identico a quello originario del 1992) sono finalmente in dirittura di arrivo (il 6 settembre 2016 la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha dato il suo parere positivo), in quanto manca solo il parere delle Commissioni parlamentari competenti;

le differenze regionali sono uno dei problemi maggiori del sistema sanitario nazionale e, secondo l'Ocse (rapporto divisione salute 2015) pubblicato a gennaio 2015, il sistema sanitario italiano è caratterizzato da un alto livello di frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti e da una bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale; sempre secondo l'Ocse ci sono in Italia 21 sistemi sanitari regionali con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti, con un elevato numero di pazienti che si spostano da regione a regione;

le ultime indagini conoscitive condotte dalle Commissioni di Camera e Senato sulla

sostenibilità del sistema sanitario hanno consegnato al Parlamento ed al Governo impegnative conclusioni: una su tutte attiene alla necessità di non diminuire il finanziamento al sistema sanitario, ma di reinvestire nel sistema i risparmi che si debbono realizzare attraverso un'oculata *spending review*;

un capitolo decisivo per l'efficienza del servizio sanitario nazionale riguarda il personale. Come evidenzia la relazione approvata in data 10 giugno 2015 presso la 12<sup>a</sup> Commissione del Senato della Repubblica, «il personale costituisce oggi uno dei fattori di maggiore criticità del Servizio sanitario nazionale. Nel Servizio sanitario nazionale lavorano oltre 715 mila unità di personale, di cui 665 mila dipendenti a tempo indeterminato, 34 mila con rapporto di lavoro flessibile e 17 mila personale universitario. A questo si aggiunge il personale che opera nelle strutture private (accreditate e non) e, più in generale, nell'industria della salute, fra i quali i 222 mila occupati nella filiera del farmaco (produzione, indotto e distribuzione); la sanità è, quindi, un settore ad alta intensità di lavoro, in gran parte molto qualificato»;

ragione delle criticità è principalmente da ricondurre ai tanti vincoli imposti, sia alla spesa sia alla dotazione di personale, in questi ultimi anni, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro: riduzione della spesa rispetto al livello del 2009; blocco totale o parziale del *turnover*, in particolare in caso di disavanzo sanitario; blocco delle procedure contrattuali; blocco della indennità di vacanza contrattuale (congelata al 2013); blocco dei trattamenti accessori della retribuzione; contenimento della spesa per il lavoro flessibile; riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici;

un insieme di vincoli che, se hanno consentito sì una riduzione dei costi, nel contempo hanno anche prodotto una riduzione della capacità di risposta ai bisogni della popolazione, un aumento dell'età media dei dipendenti [secondo l'ultimo conto annuale curato dalla ragioneria dello Stato l'età media del personale arriva a 49,7 (uomini 51,7 donne 48,7) superiore a quella del pubblico impiego (48 anni) e, destinata ancora a crescere, visto che nel 2019 si prospetta una età media pari a 55,6 anni)], un incremento dei carichi di lavoro e dei turni straordinari di lavoro del personale nonché una serie di problematiche tra cui un malessere diffuso tra gli operatori ed una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie forme di *outsourcing* elusive della normativa sul blocco;

per ovviare in parte a questo, la legge n. 208 del 2015 (stabilità 2016) aveva previsto disposizioni in materia di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, nonché di procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità;

in particolare, si imponeva l'obbligo alle regioni e alle province autonome di dotarsi di un piano inerente al fabbisogno di personale tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di orario di lavoro e, qualora sulla base del piano del fabbisogno del personale fossero emerse criticità, queste sarebbero state risolte attraverso procedure concorsuali straordinarie;

inoltre, si prevedeva che vi fosse una riserva di posti nella misura massima del 50 per cento per il personale medico, tecnico-professionale ed infermieristico in servizio alla data di entrata in vigore della legge che alla data del bando avesse maturato almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile;

come già evidenziato nella mozione approvata n. 1-01323 a prima firma Lenzi del 25 luglio 2016 la spesa farmaceutica rappresenta percentualmente il 13,1 per cento delle risorse che lo Stato annualmente impegna per la sanità. A fronte di un settore così rilevante anche sul versante della tutela della salute, sono stati progressivamente introdotti strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa e di controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci;

la mozione approvata impegnava il Governo anche «ad attivare al più presto la sperimentazione al fine di introdurre anche in Italia uno o più validi farmaci generici, e non solo un *brand*, per la cura dell'epatite C (HCV) in tutti i suoi stadi di gravità al fine di poter curare tutti i pazienti registrati presso il Servizio sanitario nazionale»;

secondo l'ultimo consuntivo pubblicato dall'Aifa sulla spesa farmaceutica (territoriale, ed ospedaliera) relativa al 2015 si sono superati i 18 miliardi di euro di spesa, sfiorando il tetto programmato di 1,880 miliardi di euro (331 milioni quella territoriale e 1.549 milioni di euro quella ospedaliera), spesa che nel 2020 arriverà a 35 miliardi di euro, anche a causa della produzione di nuovi e costosi farmaci;

il 5 maggio 2016 la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha approvato un documento sulla *governance* farmaceutica di cui al tavolo per la revisione della disciplina sul governo della spesa farmaceutica dove specifica i principali determinanti dell'aumento della spesa farmaceutica: elevati prezzi di farmaci soprattutto nell'area oncologica, onco-ematologica e dei farmaci impiegati nelle malattie rare; schemi terapeutici che associano più farmaci ad alto costo con conseguente raddoppio della spesa (*Combo therapy*); invecchiamento della popolazione; incremento del numero dei pazienti in trattamento in linee terapeutiche successive alla prima; cronicizzazione dei pazienti in trattamento; fenomeni di non appropriatezza prescrittiva generati dal pressante *marketing* dell'industria farmaceutica; stabilità dei prezzi dei farmaci per una insufficiente concorrenzialità nel mercato farmaceutico; insufficienti manovre di disinvestimento (la riduzione dei prezzi dei farmaci a brevetto scaduto non è sufficiente a controbilanciare gli aumenti dovuti ai nuovi farmaci; allo stesso modo ai farmaci generici e ai biosimilari stante la normativa vigente non viene imposto uno sconto obbligatorio minimo);

sempre secondo questo documento, la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano propone l'introduzione di misure strutturali quali l'introduzione di una nuova procedura di prezzo/volume (P/V) per la quale il prezzo si riduce o si sconta in maniera progressiva in rapporto all'aumento dei pazienti trattati, delle estensioni delle indicazioni, delle terapie combinate e dell'incremento della durata della terapie; una nuova definizione di spesa farmaceutica ove la distinzione tra spesa territoriale e ospedaliera non si basa sui percorsi distributivi ma è in funzione delle diverse modalità di acquisto; la revisione dei registri tenuti da Aifa per i farmaci ad alto costo e di particolare impatto sanitario; nuovi criteri per l'attribuzione della innovatività al farmaco con i relativi vantaggi che ne derivano; la ridefinizione della cosiddette «liste di trasparenza» così come previste dall'articolo 7 dalla legge n. 405 del 2001; la sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli originatori; una maggiore concorrenza sul mercato farmaceutico come, del resto, avviene oggi per i dispositivi medici; la revisione della delibera del Cipe 3 del 2001 ed infine una maggiore attenzione ai farmaci CNN e a quelli inseriti negli elenchi della legge n. 648 del 1996;

almeno 350.000 italiani soffrono di infezione cronica derivante da virus dell'epatite C (HCV) e che circa il 20 per cento di tutti i pazienti con infezione cronica HCV è affetto da cirrosi, o da estesa fibrosi del fegato, e per questa ragione i pazienti con cirrosi, e sue complicanze, hanno avuto accesso prioritario ai farmaci anti epatite C orali, limitati come quantità per mantenere la sostenibilità del servizio sanitario nazionale;

fino a fine giugno 2016 sono stati trattati con farmaci orali 50.000 italiani con tassi di guarigione superiore al 90-95 per cento, ma restano 300.000 pazienti con uno sforzo economico notevole, visto che per i primi 50.000 si sono spesi quasi 1,7 miliardi di euro;

secondo l'ultima relazione «Sullo stato di attuazione della legge concernente le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza» (dati definitivi – anno 2013) (dati preliminari – anno 2014) presentata in base all'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194, alle Camere dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin in data 27 ottobre 2015 (doc. XXXVII n. 3) si evince che per la prima volta, nel 2014, il numero di interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) è inferiore a 100.000, infatti sono state notificate dalle regioni 97.535 Ivg con un decremento del 5,1 per cento rispetto al dato definitivo del 2013 (105.760 casi): più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia;

al di là di questo risultato, il dato che più preoccupa è l'elevato tasso di medici obiettori in tutte le regioni. Risulta che in Italia il 70 per cento dei medici e degli infermieri siano obiettori di coscienza, ma ci sono regioni dove l'obiezione è ancora più alta. I picchi sono al Centro-sud, con

percentuali di obiezione tra i ginecologi superiori all'80 per cento: in Molise (93,3 per cento), nella provincia autonoma di Bolzano (92,9 per cento), in Basilicata (90,2 per cento), in Sicilia (87,6 per cento), in Puglia (86,1 per cento), in Campania (81,8 per cento), nel Lazio e in Abruzzo (80,7 per cento). Per il personale non medico i valori si impennano in Molise (89,9 per cento) e in Sicilia (85,2 per cento). Si tratta, sicuramente, di una vera e propria emergenza visto che la maggior parte dei medici non obiettori, quelli che nel rispetto della legge n. 194 del 1978 praticano l'Ivg nelle strutture pubbliche, nonostante il Ministro della salute affermi che la percentuale media del 70 per cento del personale medico obiettore non incide e non leda il diritto all'accesso all'Ivg né incide sui carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore;

le evidenze scientifiche dimostrano che sistemi sanitari con all'interno «radicati» sistemi di cure primarie sono associati ad una migliore salute della popolazione e, a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica, garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione a costi minori;

gli investimenti in edilizia e attrezzature, in ambito sanitario, sono strettamente connessi con gli sviluppi del programma straordinario di investimenti, noto come «articolo 20» della legge n. 67 del 1988, e con le sue evoluzioni successive dovute a modifiche istituzionali e all'esperienza che si è consolidata nella gestione del programma. In questi anni si è consolidata la certezza che presupposto base per la buona riuscita del programma, e in genere di ogni investimento, specie in un ambito così complesso come quello sanitario, è una attenta e coerente programmazione sanitaria, nonché l'utilizzazione di idonei strumenti;

il programma, oggi alla fine della «fase II» di attuazione prevede una dotazione complessiva delle risorse pari a 24 miliardi di euro, di cui 820 milioni ancora da ripartire e, secondo la tabella di monitoraggio degli accordi di programma a febbraio 2016 (riferito ai soli 15,285 miliardi della «fase II»), sono stati ammessi a finanziamento ben 2.289 interventi e le risorse ammesse a finanziamento sul totale degli accordi sottoscritti sono pari al 97,63 per cento;

per quanto attiene alla prossima legge di bilancio il Ministro della salute Lorenzin, rispondendo in Aula il 19 ottobre all'atto di sindacato ispettivo n. 3-02564 a prima firma Binetti ha evidenziato come dal 2013 ad oggi il Fondo sanitario nazionale ha avuto un incremento del 5,5 per cento attestandosi per il 2017 a 113 milioni di euro e che «questo risultato (...) è stato reso possibile grazie alle significative misure di efficientamento del sistema sanitario» come la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, i piani di rientro aziendali, le disposizioni concordate con l'Anac per la lotta alla corruzione in sanità che hanno consentito di recuperare risorse che, come previsto dal patto della salute, è stato possibile reinvestire nel sistema sanitario. Il Ministro ha riferito che nel disegno di legge di bilancio sono contenute ulteriori disposizioni che proseguono il cammino di efficientamento del servizio sanitario nazionale e dei singoli sistemi sanitari regionali, con l'obiettivo di ridurre ed eliminare gli sprechi e reinvestire le risorse nel sistema e nelle prestazioni sanitarie tornando anche a immettere risorse nel sistema «risorse fresche», risorse che tuttavia non vengono distribuite a pioggia, ma vengono, invece, vincolate e finalizzate al raggiungimento di obiettivi di salute cruciali. Viene, infatti, istituito un Fondo strutturale per i farmaci innovativi dell'ammontare di 500 milioni di euro per l'acquisto di medicinali finalizzati alla cura di patologie gravi o fino ad oggi incurabili, come ad esempio i farmaci anti epatite C; viene istituito per la prima volta in Europa un fondo per il finanziamento dei farmaci oncologici innovativi – anche questo fondo è strutturale – per il quale vengono stanziati, anche in questo caso, 500 milioni di euro, per dare e garantire l'accesso in ogni luogo del nostro territorio nazionale ai nuovi farmaci contro il cancro; viene istituito un fondo per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini, grazie al quale potranno essere assicurate gratuitamente vaccinazioni contro malattie pericolose come la meningite, che, come è noto, causa ogni anno diversi decessi, soprattutto tra la popolazione più giovane, oppure l'introduzione di nuovi vaccini, come per esempio il *papilloma* virus per il maschio,

impegna il Governo:

- 1) al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ad assumere iniziative affinché nel prossimo disegno di legge di bilancio siano confermate le risorse come quantificate nell'intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni l'11 febbraio 2016 in relazione al riparto delle risorse per il finanziamento del servizio sanitario nazionale;
- 2) ad agire in modo da garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali e a procedere in modo da migliorare progressivamente i livelli di assistenza nelle aree del Paese in maggior difficoltà;
- 3) ad inserire, nel prossimo disegno di legge di bilancio, misure volte a dare un'adeguata soluzione al problema del precariato in sanità nonché disposizioni per prevedere la proroga del termine per il rinnovo dei contratti a tempo determinato del personale degli enti locali occupato nell'attività di erogazione dei servizi sociali in attuazione di quanto previsto nella legge di stabilità per il 2016 per rispettare la normativa europea sugli orari di lavoro;
- 4) a prevedere, nel prossimo disegno di legge di bilancio, adeguate risorse per il finanziamento dei farmaci innovativi in campo oncologico e, per quanto attiene alla cura dell'epatite C, a dare tempestiva attuazione a quanto previsto nella mozione citata in premessa;
- 5) a predisporre, nei limiti delle proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si attui il quarto comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole, anche attraverso una diversa gestione e mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete di servizi sul territorio in ogni regione, e dando piena attuazione alla mozione n. 1-00074.

(1-01404) «[Lenzi](#), [Gelli](#), [Amato](#), [Argentin](#), [Beni](#), [Paola Boldrini](#), [Paola Bragantini](#), [Burtone](#), [Capone](#), [Carnevali](#), [Casati](#), [D'Incecco](#), [Fossati](#), [Grassi](#), [Mariano](#), [Miotto](#), [Murer](#), [Patriarca](#), [Piazzoni](#), [Piccione](#), [Giuditta Pini](#), [Sbrollini](#), [Marazziti](#)».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).*

La Camera

impegna il Governo:

- 1) a promuovere iniziative per la rivalutazione, in relazione all'entrata in vigore della direttiva europea su orari di lavoro e turni di riposo, dei requisiti minimi di dotazione di personale medico e infermieristico per l'accreditamento delle strutture medico-chirurgiche pubbliche e private;
- 2) a procedere a una ricognizione accurata del numero dei medici ed infermieri attualmente in servizio sulla base del ricalcolo dei requisiti minimi di dotazione di personale effettuato dal Ministero della salute, affinché non siano ulteriormente penalizzati i presidi e le strutture che già presentano carenze croniche nell'organico di personale;
- 3) a valutare la possibilità di assumere iniziative per prevedere e disporre le dotazioni finanziarie necessarie all'assunzione di personale medico e/o infermieristico in quelle strutture che, soprattutto dopo l'entrata in vigore della direttiva europea, evidenziano carenze di organico che impongono una inevitabile riduzione dei servizi e l'allungamento delle liste di attesa;
- 4) a valutare la possibilità di assumere iniziative per definire una normativa nazionale che imponga senza deroghe alle regioni di ricercare l'incremento dall'efficienza ospedaliera e della appropriatezza nella rivalutazione degli ospedali in base a volumi, esiti delle procedure e estensione territoriale di pertinenza, al fine di accorpare ospedali e/o strutture poco efficienti e poco utili ai fini clinici e di servizio alla salute, promuovendo le strutture territoriali affinché siano in grado, dal punto di vista delle professionalità, delle tecnologie, della connessione con gli ospedali (organizzativa, informatica), di intercettare l'utenza che si rivolge impropriamente agli ospedali, ed in particolare ai presidi di pronto soccorso;
- 5) ad assumere iniziative volte a eliminare il blocco del *turnover* del personale sanitario e a

riaprire la contrattazione collettiva nazionale, dando seguito alle sentenze giurisprudenziali in materia.

(1-01408)

*(Testo modificato nel corso della seduta come risultante dalla votazione per parti separate)* «[Rampelli](#), [La Russa](#), [Giorgia](#)

[Meloni](#), [Petrenga](#), [Tagliatela](#), [Cirielli](#), [Maietta](#), [Nastri](#), [Rizzetto](#), [Totaro](#)».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).*