

**Schema di relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del  
Recovery Fund – Rilievi alla V Commissione**

**RILIEVI DELIBERATI DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione (Affari sociali),

esaminato lo schema di relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*;

preso atto della procedura delineata, volta a valorizzare il ruolo del Parlamento attraverso il suo coinvolgimento fin dalla fase preliminare, potendo esso adottare atti di indirizzo al Governo ai fini dell'elaborazione delle linee principali del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che saranno oggetto di confronto in sede di Unione europea nei prossimi mesi;

auspicato che tale ruolo venga mantenuto e rafforzato, in concomitanza con l'approvazione definitiva del PNRR e con la successiva fase della sua attuazione, che richiede un'attenta e continua attività di monitoraggio delle politiche pubbliche;

espresso apprezzamento per il fatto che, delle sei missioni in cui si articolano le linee guida per la definizione del PNRR, elaborate dal Governo, una missione *ad hoc*, la numero 6, è dedicata alla salute, scelta condivisa e ritenuta doverosa, considerata l'esigenza di rispondere alla crisi provocata dall'emergenza epidemiologica da Covid-19;

condivisi gli obiettivi che si intendono realizzare attraverso progetti di investimenti nell'ambito di tale missione, quali, in particolare: lo sviluppo della sanità di prossimità; una più forte integrazione tra politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire una effettiva inclusione sociale dei pazienti cronici e fragili anche per superare le attuali carenze del sistema delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese; la digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione, la promozione del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina; il sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica;

condiviso altresì il fatto che le linee guida sottolineano, come intervento prioritario, la valorizzazione del personale sanitario, anche in considerazione dell'esigenza di ricambio generazionale, pesantemente trascurata a causa del persistente blocco del *turnover*;

rilevata l'esigenza di implementare le linee di intervento proposte dal Governo nel settore della salute, nel senso che sarà indicato in modo più puntuale nei rilievi;

esaminato, poi, il contenuto della missione numero 5 che, riguardando l'equità sociale, di genere e territoriale, incide in parte sulle materie oggetto di competenza della Commissione Affari sociali;

evidenziati, in senso favorevole, gli obiettivi concernenti: l'impegno ad eliminare le disparità di genere, le disuguaglianze e le disparità a livello territoriale in termini di reddito, occupazione e livelli di scolarizzazione, evitando che tali disparità si aggravino in conseguenza della pandemia; la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; la promozione delle politiche sociali e di sostegno della famiglia al fine di migliorare la coesione sociale, la solidarietà intergenerazionale e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;

rilevato, tuttavia, come tali linee di indirizzo non possano considerarsi esaustive in quanto occorre implementare, come sarà meglio specificato attraverso i rilievi, i temi legati alle politiche sociali, considerando le pesanti ricadute della pandemia sulle disparità già esistenti, come è emerso anche dal ciclo di audizioni che si sono svolte presso la Commissione Affari sociali tra il 15 luglio e il 23 settembre 2020 sul tema delle ricadute sociali dell'emergenza epidemiologica, con particolare riferimento alle problematiche dell'infanzia, degli anziani e delle persone con disabilità;

tenuto conto, ai fini della predisposizione dei rilievi, anche dell'attività istruttoria svolta presso la XII Commissione in relazione all'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*, con le audizioni del Ministro della salute, Roberto Speranza, della Ministra per le pari opportunità e la famiglia, Elena Bonetti, e della Ministra del lavoro e delle politiche sociali, Nunzia Catalfo - quest'ultima dinanzi alle Commissioni riunite XI e XII - e della successiva discussione svoltasi in Commissione;

*considerato altresì che:*

un ruolo chiave nella digitalizzazione dell'assistenza medica, insieme al fascicolo sanitario elettronico, è rappresentato dalla **telemedicina**, che rappresenta uno strumento in grado di promuovere operativamente la gestione del percorso assistenziale e, al tempo stesso, di orientare una rimodulazione del sistema della medicina territoriale, sebbene l'innovazione digitale non vada intesa come sostitutiva del rapporto medico-paziente, che rimane condizione irrinunciabile e richiede una rilevante valorizzazione del personale sanitario;

la gestione dell'emergenza sanitaria ha messo in luce la forte necessità di un potenziamento della sanità digitale, così come evidenziato sia nella missione numero 1 che nella missione numero 6; numerose iniziative, infatti, hanno garantito, durante l'emergenza, continuità di cura e monitoraggio da remoto dei pazienti attraverso strumenti digitali di uso comune. Il mantenimento di tali opportunità, insieme a una riforma complessiva del sistema, in un'ottica di semplificazione, dovrebbe essere il punto di partenza per ridisegnare il sistema della medicina territoriale, con la partecipazione di tutti gli attori del sistema;

l'impatto drammatico della pandemia da Covid-19 sull'economia, non solo italiana ma anche planetaria, impone il ripensamento sul sistema sanitario nazionale e su come impostare il presente e il futuro della ricerca. Si è dimostrato che, pur provocando meno decessi nel mondo industrializzato, le malattie indotte da patogeni a diffusione aerea incidono maggiormente sul PIL, senza dimenticare che, nel pensiero unanime della comunità scientifica, vi è il ritorno, in modo ciclico, delle pandemie. Si prevede che nel 2020 moriranno a causa del Covid-19 probabilmente un terzo o meno dei morti per patologie oncologiche, ma con impatti economici imparagonabili;

la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie non può prescindere da una preventiva individuazione di percorsi assistenziali integrati sia tra i diversi servizi sanitari (rete territoriale, assistenza ospedaliera, istituti di ricerca) che tra gli stessi servizi sanitari e quelli sociali. Tale integrazione potrà garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale e conseguentemente, attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali, essere di contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva nonché di beneficio anche alle aree interne e disagiate, che troveranno risposta ai bisogni di salute espressi con il superamento del concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale;

l'utilizzo del *Recovery Fund* dovrà essere necessariamente proteso, per quanto attiene al capitolo "Salute", alla realizzazione di un **nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale**, vicina al cittadino, anche in assenza di malattia, e imperniata sul concetto di prevenzione e di promozione della salute, attraverso una logica intersettoriale, in tutte le politiche pubbliche quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro;

il "benessere organizzativo", come metodo permanente di armonizzazione delle procedure aziendali, appare lo strumento utile per il contrasto al *burn-out* e per dotare le organizzazioni sanitarie di sistemi di *feedback* "bottom-up" da parte del personale sanitario,

## VALUTA FAVOREVOLMENTE LO SCHEMA DI RELAZIONE

*e delibera di esprimere i seguenti rilievi:*

a) valuti la Commissione di merito l'opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento al settore della salute, riconducibile alla missione n. 6, con i seguenti argomenti:

1. implementare gli **investimenti nella sanità digitale**, potenziando il fascicolo sanitario elettronico e sviluppando la telemedicina, anche al fine di assicurare un completo scambio di informazioni tra le regioni e con il Ministero della salute attraverso la reciproca leggibilità delle proprie piattaforme e lo scambio rapido e concreto delle informazioni sanitarie, nonché investire nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di tali strumenti digitali e nella semplificazione dei processi amministrativi (cosiddetta *usability*);

2. al fine di superare il concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale, assicurare l'organizzazione di una nuova rete territoriale di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, **mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari** di tipologia e livelli diversi, attraverso modelli organizzativi integrati e, altresì, mediante la promozione di una medicina territoriale costituita da **equipe multidisciplinari** composte da figure sanitarie e socio-sanitarie tra le quali medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari e fisioterapisti;

3. realizzare un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di **prevenzione primaria e di promozione della salute**, intesa come educazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'attività fisica, e sul concetto di prevenzione secondaria (*screening*), attraverso un potenziamento dei dipartimenti di prevenzione in una logica intersettoriale quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro, anche assicurando risorse adeguate per l'attuazione delle disposizioni del Piano nazionale della prevenzione (PNP);

4. integrare le politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale, attraverso l'integrazione dei servizi offerti, un **maggior sostegno alla domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti**, e la promozione dell'**invecchiamento attivo**, in modo da garantire, anche a coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, una vita dignitosa in un contesto relazionale adeguato;

5. garantire l'**omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale**, anche attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali e il contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva, assicurando una tutela alle aree interne e/o disagiate;

6. prevedere investimenti mirati all'adeguamento delle condizioni strutturali o alla riconversione degli ospedali esistenti, in particolare di quelli delle aree interne e/o disagiate;

7. nell'ambito delle risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario da destinare anche ad emergenze sanitarie diverse dalla pandemia in atto, assicurare che siano comprese azioni atte a garantire e rafforzare **la tutela della salute agli assistiti affetti da malattie croniche non trasmissibili** durante l'emergenza;

8. affrontare il tema dell'assenza di una strumentazione diagnostica e sanitaria adeguata ovvero l'obsolescenza, che caratterizza molti luoghi del Paese, non solo al Sud, prevedendo rilevanti

investimenti non solo per il rinnovo delle strutture ma anche per il rinnovo della strumentazione diagnostica, sia a livello ospedaliero che territoriale;

9. adeguare i livelli essenziali di assistenza (LEA) alle nuove emergenze sanitarie assicurando, anche mediante l'adozione del nuovo Nomenclatore tariffario, che tutte le prestazioni siano effettivamente esigibili dai cittadini;

10. valorizzare il personale sanitario attraverso un adeguamento degli ordinamenti didattici formativi, prioritariamente per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia nonché in Scienze infermieristiche e rivedere la logica dell'aggiornamento professionale in tali ambiti, al fine di adeguarne le competenze ai nuovi bisogni di salute;

11. investire nella formazione e nell'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici e creare **strutture permanenti di monitoraggio e contenimento delle insorgenze pandemiche**, istituendo altresì una rete nazionale di centri dedicati allo studio, alla messa a punto di soluzioni terapeutiche, diagnostiche e preventive, per combattere, anche attraverso la cooperazione internazionale, ogni minaccia pandemica;

12. implementare la ricerca, anche quella medica di base e delle terapie avanzate, attraverso un piano strategico di investimenti, valorizzando le eccellenze presenti sul territorio nazionale e la crescita di figure altamente specializzate, con particolare attenzione alle malattie rare e oncologiche, nonché istituire nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), soprattutto al Sud del Paese, rafforzando nel contempo quelli già esistenti e organizzandoli in rete;

13. prevedere, nell'ambito del finanziamento della ricerca, una sezione relativa al potenziamento dei dipartimenti italiani afferenti alle “**rete europea di ricerca nell'ambito delle malattie rare**” nonché della ricerca nel campo delle protesi e delle attrezzature robotiche che possono svolgere o agevolare l'assistenza alle persone malate o con disabilità, anche in forma domiciliare;

14. favorire investimenti in un piano specifico per la ricerca senza animali, attuando, in collaborazione con il MUR, percorsi formativi sui nuovi approcci metodologici, nell'ottica di rilanciare l'economia in modo sostenibile ed ecocompatibile, e coerentemente con l'approccio “*One Health*”, che considera, al fine del benessere e della salute dell'uomo, la tutela dell'ambiente e la tutela e il benessere degli animali;

15. rafforzare, in linea con l'approccio “*One Health*”, la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alla **problematica legata all'antibiotico-resistenza**, tenuto conto che la mortalità per infezioni ospedaliere da patogeni resistenti agli antibiotici costituisce una grave minaccia per la salute pubblica;

16. a fronte dell'assoluta necessità di investimenti che garantiscano omogeneità nella rete dei servizi per la salute mentale e tenuto conto che la rete delle strutture sul territorio ha mostrato caratteri di disomogeneità e precaria organizzazione, in particolare per i minori, nonostante negli ultimi dieci anni gli accessi siano quasi raddoppiati, potenziare e implementare, all'interno di un progetto di rete nazionale, **i posti letto di neuropsichiatria infantile e il relativo percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale**, nonché investire nella formazione degli insegnanti di sostegno in tema di salute mentale e neuropsichiatria infantile e degli educatori;

17. prevedere il monitoraggio e l'implementazione del “benessere organizzativo” affiancandolo agli **indicatori BES (benessere equo e sostenibile)**, in modo da contemplare, accanto a un “indicatore di

esito”, un altrettanto importante “indicatore di sviluppo organizzativo”, nel solco della cultura della valutazione delle politiche pubbliche e della progettazione e gestione delle reti ospedaliere e delle reti assistenziali della medicina del territorio;

b) valuti la Commissione di merito l’opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento alle politiche sociali, riconducibile prevalentemente alla missione n. 5, con i seguenti temi:

1. ridurre, nell’ambito dei progetti concernenti le categorie fragili, le disuguaglianze connesse alle condizioni di disabilità, con particolare attenzione alle persone affette da disagio psichico e con dipendenze patologiche e nell’ambito dei progetti di dismissione delle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), attraverso misure volte ad assicurare un reale inserimento sociale, scolastico e lavorativo, percorsi personalizzati, capaci di realizzare un *welfare* “generativo”, e un’efficace integrazione e progettazione tra le reti di servizi e con gli enti del Terzo settore;
2. implementare le politiche volte a consentire la piena attuazione della **Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità**, destinando una specifica quota delle risorse per garantire l’accessibilità agli edifici privati e pubblici e a tutti i servizi, per l’implementazione dei progetti di vita indipendente;
3. ferma restando l’esigenza di promuovere i progetti di vita indipendenti, colmare le carenze pubbliche strutturali e qualitative del sistema di accoglienza per le persone con disabilità e dei Centri diurni per persone con disabilità e anziani, anche attraverso l’utilizzo del *budget* di salute per la deistituzionalizzazione;
4. con riferimento ai criteri di valutazione positiva dei progetti, specificati dalle Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e di resilienza e riprese nello schema di relazione, al paragrafo 4.2, specificare che, nell’ambito dei “Progetti con effetti positivi rapidi su numerosi beneficiari finora scartati per mancanza di fondi”, sia data priorità a quelli riguardanti le persone con disabilità;
5. ridefinizione dei carichi di cura e di lavoro dei componenti del nucleo familiare, ivi inclusi gli assistenti alle persone non autosufficienti a domicilio, **al fine di superare le disuguaglianze che l’emergenza pandemica ha evidenziato in modo ancora più drammatico**, in un contesto organico di servizi e di prestazioni che ne agevolino la formazione, ne migliorino la qualità della vita quotidiana, li aiutino a fronteggiare le situazioni di fragilità, alleviando il carico sulla componente femminile riequilibrando i ruoli di genere e riconoscendo il ruolo del *caregiver* familiare;
6. definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (LEP), al fine di garantire adeguata assistenza alle fasce più fragili della popolazione e di promuovere un *welfare* di comunità attraverso interventi e misure di contrasto alla povertà, alle fragilità sociali e al disagio giovanile, di tutela dell’infanzia, di cura e assistenza agli anziani e ai disabili, di inclusione socio-lavorativa e integrazione degli immigrati;
7. nell’ottica di garantire la tutela dell’infanzia specialmente nella prima fascia di età, da zero a tre anni, ridurre le disuguaglianze educative e il divario esistente tra le varie parti del territorio nazionale, introdurre misure di sostegno economico strutturali alle famiglie, rafforzare la rete dei servizi per l’infanzia e degli asili nido, tenuto conto che il problema della denatalità non può essere risolto se non si forniscono adeguati servizi alla popolazione, anche a fronte del dato per cui un milione e duecentomila bambini in Italia vivono in condizione di povertà assoluta.