



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*Il Presidente*

COMUNICAZIONE N. 127

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

**Oggetto: Camera dei Deputati - Approvate mozioni su riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e prevenzione e cura delle malattie oncologiche.**

Cari Presidenti,

si segnala per opportuna conoscenza che la Camera dei Deputati nella seduta del 15 giugno 2022 ha approvato con distinte votazioni il dispositivo e la premessa della mozione Nappi, Panizzut, Carnevali, Mandelli, Noja, Bologna, Stumpo, Menga, Lapia, Trizzino ed altri n. 1-00618 nel testo riformulato, concernente iniziative per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Successivamente la Camera dei Deputati ha esaminato le mozioni concernenti iniziative in materia di prevenzione e cura delle malattie oncologiche, anche nel quadro del Piano europeo di lotta contro il cancro ed ha approvato la mozione Lapia, Bologna, Villani, Vanessa Cattoi, Carvevali, Bagnasco, Noja, Rospi, Stumpo, Schullian e Rizzone n. 1-00427 nel testo riformulato dal Governo.

Si allega il testo delle suddette mozioni (All. n. 2).

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
Filippo Anelli

All.n. 2

MF/CDL

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005*

## XVIII LEGISLATURA

### Allegato A

Seduta di Mercoledì 15 giugno 2022

*MOZIONE NAPPI, PANIZZUT, CARNEVALI, MANDELLI, NOJA, BOLOGNA, STUMPO, MENGA, LAPIA, TRIZZINO ED ALTRI N. 1-00618, GEMMATO ED ALTRI N. 1-00645 E SAPIA ED ALTRI N. 1-00654 CONCERNENTE INIZIATIVE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE*

#### **Mozioni**

La Camera,

premessi che:

la pandemia da COVID-19 ha creato gravi problemi sanitari, economici e sociali in tutto il mondo;

questa emergenza sanitaria ha drammaticamente amplificato le fragilità del nostro Servizio sanitario nazionale, mettendolo a dura prova per carenza di strutture, di personale, per disomogeneità regionali;

in quest'ultimo anno sono stati adottati numerosi provvedimenti per rafforzare la nostra sanità, specialmente all'interno dei reparti ospedalieri maggiormente coinvolti nell'emergenza, finalizzati ad implementare l'organico ed assumere tra personale sanitario, infermieristico e socio-sanitario, secondo quanto riferito dal ministero della salute, più di 36.000 unità;

l'ultima legge di bilancio ha previsto fondi per investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, delineando un percorso di miglioramento non solo strutturale e nell'ambito della sicurezza ma anche impiantistico e di ammodernamento tecnologico;

dopo un ampio ciclo di audizioni si è giunti ad individuare quali siano le necessità prioritarie da affrontare attraverso l'utilizzo dei fondi del *Recovery fund*, con i quali si auspica che si potranno finalmente apportare le giuste riforme sui punti deboli del nostro Ssn, emersi anche a seguito di questa pandemia;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), relativa alla salute, si evidenzia, in particolare il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli ospedali di comunità;

nel mese di febbraio 2022 il Ministro della salute ha trasmesso alla Conferenza Stato-regioni il documento, cosiddetto «DM71», recante gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di

prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, *standard* che le regioni e province autonome saranno tenute a garantire, in coerenza con la Missione 6 del PNRR, attraverso l'adozione di un provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, analogamente a quanto avvenuto con il cosiddetto «DM 70» con riferimento alla assistenza ospedaliera;

il 16 marzo 2022 la Conferenza Stato-regioni ha esaminato lo schema di decreto ministeriale cosiddetto «DM 71» e, pur rinviando l'intesa sul provvedimento in attesa dell'esame da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, ha posto alcune condizioni: progressività nell'attuazione in relazione anche alle risorse; un'adeguata implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale e un'adeguata copertura finanziaria; costituzione di un Tavolo di lavoro per la determinazione delle risorse necessarie; riforma urgente ed indifferibile delle disposizioni in materia di medici di medicina generale e un aggiornamento del percorso formativo; assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e di medici dei servizi territoriali da impiegare nelle case della comunità, a seguito di appositi corsi abilitanti organizzati a cura delle regioni; impiego di tutto il personale sanitario e amministrativo necessario e risorse correlate; adozione di un successivo provvedimento per ulteriori *setting* territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile;

nella successiva seduta del 30 marzo 2022, è stata espressa la mancata intesa da parte della predetta Conferenza sullo schema di decreto «DM71» e, in seguito a ulteriori interlocuzioni, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022, il Governo ne ha autorizzato l'adozione senza la prescritta intesa;

secondo quanto si evince dalla bozza del «DM71», nell'ambito del distretto, quale un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (Asl) sul territorio di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio, la programmazione deve prevedere i seguenti *standard*:

a) almeno una casa della comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

b) case della comunità *spoke* e ambulatori di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) sono ricomprese nelle case della comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

c) almeno un infermiere di famiglia o comunità ogni 2.000-3.000 abitanti. Tale *standard* è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;

d) almeno un'unità di continuità assistenziale (un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti;

e) una centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

f) almeno un ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti;

la casa di comunità rappresenta il modello organizzativo di governo delle risorse economiche destinate all'assistenza della comunità, con un *budget* specifico e ben definito sulla base della popolazione assistita, dei servizi offerti e dei risultati attesi; si fa carico di tutte le esigenze preventive, cliniche, mediche, infermieristiche, riabilitative, amministrative, socio sanitarie del proprio gruppo di assistiti, sia gestendo direttamente i servizi, che acquistando risorse da altri erogatori di attività specialistiche o sociali, con un meccanismo assistenziale del prendersi cura della persona nella sua complessità e non soltanto nell'intervenire al momento del bisogno, e coordinando l'intervento nei confronti degli stessi, anche nei settori amministrativi, socio sanitari, nell'intero arco della giornata e per tutta la settimana; l'erogazione di servizi ambulatoriali integrati comprensivi di servizi socio-sanitari può svolgersi nei medesimi ambienti attraverso il coordinamento con tutti gli operatori sanitari e amministrativi operanti nella struttura, semplificando così i percorsi sanitari ai cittadini;

nell'ambito dell'anzidetto potenziamento dell'assistenza territoriale, quindi, le case della comunità rappresentano il modello organizzativo che maggiormente concretizza l'assistenza di prossimità e il luogo fisico al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema dell'assistenza sanitaria e i principi che orientano lo sviluppo della casa di comunità sono, dunque, l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina di iniziativa e il principio dell'equità dell'assistenza declinato nelle sue varie dimensioni (ad esempio, appropriatezza, sicurezza, coordinamento e continuità, efficacia e tempestività);

la casa di comunità intende dunque superare la sola logica «prestazionistica» per diventare anche un luogo dove gli enti del terzo settore non *profit* e del volontariato realizzano la co-progettazione e la co-programmazione, sviluppando i percorsi di inclusione sociale di cui alla legge 328 del 2000;

in tale contesto è evidente come anche il sistema informativo, e in particolare il fascicolo sanitario elettronico, sia essenziale laddove puntualmente integrato da tutti i livelli sanitari ed assistenziali, compresi quelli privati, tenuto conto che con gli strumenti di elevata tecnologia, informatici e telematici, e con la telemedicina, molti dei processi amministrativi e assistenziali potranno essere superati o agevolati, facilitando il cittadino;

trattandosi di una impostazione innovativa, come si evince dal PNRR e dal documento «DM71», è necessario individuare un *layout* e indicatori utili a verificare se gli obiettivi previsti vengono raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale;

con il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata (Adi), anche attraverso la predisposizione di *budget* di cura e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali, la presa in carico dovrà essere personalizzata e globale, nei confronti di ogni fragilità tale da consentire risposte adeguate attraverso la presenza di operatori che siano punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti e per l'affiancamento e sostegno dedicato ai *caregiver*;

il rafforzamento delle cure intermedie è perseguito attraverso la realizzazione di ospedali di comunità, quali presidi sanitari a lunga degenza con funzioni «intermedie» tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, anche attraverso la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti nonché la valorizzazione e il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il Servizio sanitario nazionale;

i problemi esistenti del nostro sistema sanitario sono riconducibili a: alto costo per prestazione con risorse economiche limitate; incremento costante delle richieste di intervento; strutture di ricovero non del tutto idonee (50 per cento degli ospedali hanno meno di 120 posti letto); vetustà del patrimonio edilizio e tecnologie disponibili obsolete; ricoveri non appropriati per degenze prolungate; pronto soccorso con eccesso di utenza e tempi di risposta inadeguati; livelli di sicurezza non sempre appropriati; tempi di attesa elevati per le prestazioni sanitarie; scarsità di personale in termini quali/quantitativi; sede di ricovero non appropriata; copertura completa in ricovero tipici su 5/6 giorni per 8-12 ore/die; bisogni dell'utenza variati e risposte non sempre personalizzate o non sufficientemente personalizzate; elevato livello di burocratizzazione con processi particolarmente complessi per esigenze amministrative; modello organizzativo e normativo *ante* riforma di cui alla legge n. 833 del 1978 con base organizzativa e gestionale derivata dai modelli mutualistici *ante* riforma;

dinanzi alle suddette criticità si indicano, come elenco non esaustivo, anche tutti quegli elementi che potrebbero configurarsi come azioni qualificanti di politica sanitaria, adeguate al nostro sistema sociale ossia; alto livello di appropriatezza e di sicurezza; riduzione della frequenza delle patologie e della loro gravità; riduzione degli sprechi; riduzione delle degenze medie; qualità e tempestività della risposta; semplificazione clinica, organizzativa ed amministrativa; ottimizzazione del numero delle strutture e dei posti letto; costo moderato per prestazione; attività di servizio sette giorni su sette e per 24 ore; elevato utilizzo degli impianti tecnologici; remunerazione mista, per risultato, per prestazione, per quota capitaria e per servizio; risposte personalizzate; partecipazione e coinvolgimento attivo del cittadino; organizzazione di un servizio sanitario e socio sanitario integrato; migliore qualità di vita per il singolo e per la comunità; compatibilità economica con le risorse disponibili;

la gestione dei pazienti deve essere in grado di operare in un ambiente integrato, con facilità di comunicazione e interazione per la valutazione dei bisogni assistenziali, e naturalmente altamente informatizzato: è necessaria una struttura operativa organica e integrata che, grazie ad una responsabilità condivisa, potrà garantire una risposta complessiva e di qualità che dia soddisfazione alle necessità sanitarie e sociosanitarie grazie ad una maggiore sicurezza e appropriatezza clinica ed una qualificazione della attività;

una diversa organizzazione territoriale, che crei un filtro di alto livello e ad indirizzo preventivo, può ridurre in modo importante il fabbisogno sanitario per le patologie acute e cronico degenerative, attraverso la gestione precoce di molte patologie direttamente al domicilio del paziente; la gestione domiciliare, con un organico significativo, garantisce un'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale di alto livello;

la telemedicina appare finalmente matura per garantire servizi di alto livello per diagnosi, terapia e *follow up* di pazienti cronici anche in condizioni di scompenso cronico, per mantenere in equilibrio il paziente, garantirgli una gestione domiciliare monitorata e un intervento tempestivo in caso di necessità; la burocratizzazione dell'organizzazione

consentirà di reinvestire fondi per prestazioni sanitarie carenti sul territorio come l'odontoiatria convenzionata, la cura della salute mentale e la riabilitazione;

nell'ambito di una riorganizzazione efficace del nostro sistema sanitario, buona parte delle azioni qualificanti su indicate potrebbero essere riconducibili all'attribuzione al medico di famiglia della responsabilità di analisi clinico-terapeutica e di valutazione clinica, in una visione olistica della persona, dei suoi bisogni sanitari, assistenziali e sociali e per un risultato di sintesi che non sia solo medico;

i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso modelli di aggregazione multifunzionale e multidisciplinare (ad esempio Aft, Uccp e altro) con specialisti ambulatoriali delle varie aree mediche e con tutte le figure sanitarie coinvolte, quali infermieri, riabilitatori, psicologi, ruoli amministrativi della sanità e assistenti sociali, dotati di tecnologie di base (ecg-spirometro-pulsiossimetro-ecografo-punto prelievi e altro), seguono tutte le diverse esigenze della persona sia in termini di prevenzione primaria e medicina di iniziativa sia per l'accesso ai percorsi di cura e assistenza, avendo particolare attenzione alla valutazione e all'appropriatezza dei trattamenti prescritti (visite, farmaci, ricoveri, prestazioni varie), nonché alla verifica dei risultati ottenuti;

per le patologie croniche e rare afferenti ai Centri di riferimento specialistici, l'assistenza e la terapia domiciliare, monitorata dai medici di medicina generale in rete con gli specialisti di riferimento, presenta numerosi benefici, quali aderenza al trattamento e appropriatezza della cura, miglioramento da un punto di vista psicologico, somministrazione in sicurezza e in ambiente familiare, riservatezza sulla condizione del paziente, facilitazioni logistiche (lavoro/studio) e risparmio economico;

anche la prevenzione primaria può consentire di ottenere risultati significativi con una spesa decisamente modesta ma con un contributo al benessere generale molto elevato: numerose evidenze hanno chiaramente dimostrato, ad esempio, la maggior efficacia, economicità ed equità dei sistemi basati sulla «*Primary Health Care*» ed anche il documento dell'Oms, «Salute 2020», conferma il ruolo centrale e strategico che l'assistenza primaria dovrebbe assumere in tutti i sistemi sanitari del XXI secolo: la *Primary Health Care* prevede un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute, producendo un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso;

nel panorama dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio, anche i Consultori familiari (Cf) si caratterizzano per l'offerta attiva di una molteplicità di azioni e interventi, volta a ridurre l'effetto delle diseguaglianze sociali sulla salute. L'assistenza al percorso nascita, la prevenzione oncologica e le attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti/giovani sono le aree programmatiche prioritarie dei Cf;

le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, vengono definite nel DM71 presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale; in particolare, la rete capillare delle farmacie assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza così come previsto dalla cosiddetta «Farmacia dei servizi»;

occorre inoltre colmare l'assenza di obiettivi di risultato di salute e, se da un lato il nostro sistema sanitario è dotato di strumenti di gestione, come ad esempio il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, e di obiettivi prevalentemente quantitativi, dall'altro è incredibilmente privo di elementi di valutazione del risultato e di indicatori di salute; eppure indicare ad esempio, come obiettivo, la riduzione del 25 per cento dei pazienti affetti da diabete o colpiti da ictus, da patologie respiratorie o da tumori al polmone, avrebbe consentito, in questi anni, un impiego più efficiente delle risorse economiche derivante da uno stato di salute della comunità mediamente migliore rispetto all'attuale, con migliori prospettive per il futuro;

in tale ottica, dunque, la remunerazione dovrà modificarsi in modo significativo, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più basso e per la medicina generale, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria, definita dal numero di pazienti al mese iscritti al medico, dovrebbe esserci anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni virtuose e promozionali del risultato atteso;

bisogna implementare un modello funzionale che garantisca un riconoscimento del risultato ottenuto (*pay for result*) e non solo il pagamento per prestazione, assicurando dunque un valore pregnante al risultato ottenuto per la salute dei cittadini; la presenza di medici di famiglia e di specialisti che lavorano e operano per risultato (e quindi tempestivamente quando necessario) e con tutte le tecnologie necessarie può rendere la diagnostica territoriale tempestiva e qualificata;

il sistema di remunerazione per risultato applicato alle prestazioni mediche o sanitarie, denominato *pay-for-performance* – P4P ha esperienze già realizzate in altri Paesi, come ad esempio in Germania, dove la sua attivazione ha prodotto risultati clinici significativi e una riduzione della spesa, diretta ed in prospettiva, molto significativa; ed anche in Italia, è stato sviluppato il progetto *Take Care* per la prevenzione primaria dei tumori nelle asl di Bergamo e di Lodi,

### **impegna il Governo:**

**1) ad istituire uno specifico Tavolo di lavoro costituito da rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze per monitorare l'attuazione del decreto ministeriale 71, con riguardo al profilo economico-finanziario, nonché in relazione a eventuali esigenze organizzative, ivi compresi i relativi fabbisogni di personale e/o anche in relazione ad eventuali esigenze normative. All'esito dei lavori del Tavolo, il Governo si impegna a reperire gradualmente e compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica le risorse eventualmente necessarie a consentire la completa attuazione del presente decreto;**

**2) a valutare iniziative volte a prevedere l'impiego di professionisti sanitari (quali ad esempio psicologi, ostetriche, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica) in una logica di risposte integrate di comunità, anche con l'utilizzo di tecnologie abilitanti all'interconnessione di sistemi digitali per una più efficace cura e assistenza dei pazienti;**

**3) ad adottare le iniziative di competenza per reperire le risorse necessarie, nell'ambito del rinnovo dei contratti, al fine di garantire tutele adeguate per i professionisti della medicina convenzionata;**

**4) a valutare una revisione della formazione dell'operatore sociosanitario affinché venga garantita una migliore risposta ai bisogni di assistenza dei cittadini e non si abbia più una diversificazione e una frammentazione dei percorsi formativi a seconda della regione di appartenenza né una diversa definizione delle loro mansioni;**

**5) ad adottare le iniziative di competenza, anche normative, affinché i modelli di aggregazione rispondano alla logica della multidisciplinarietà e multi professionalità per l'erogazione delle prestazioni, in regime di convenzione e con obbligazioni di scopo e risultato, previa adeguata formazione del personale coinvolto, assicurando:**

**a) l'effettiva integrazione, la presa in carico e l'omogeneità nell'erogazione dei servizi attraverso le aggregazioni tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, medici di continuità assistenziale, collaboratori di studio;**

**b) soluzioni organizzative per rendere effettivo un modello di sanità con valorizzazione economica delle predette professioni, in modo che sia attrattivo e vantaggioso lavorare presso le strutture territoriali;**

**c) l'attivazione, per gli individui con condizione di fragilità o cronicità, degli interventi clinici e assistenziali di cui necessitano;**

**d) la continuità di cura e assistenza, la gestione 24 ore su 24 per le necessità di primo livello e primo soccorso (codici bianchi o verdi) e il contestuale mantenimento del rapporto di fiducia medico-paziente nell'intero percorso assistenziale;**

**6) ad adottare le iniziative di competenza per valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'ambito della riorganizzazione territoriale, anche nell'ambito delle case della comunità;**

**7) a promuovere, nelle aree nelle quali, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, le Case della Comunità hub possano risultare distanti, la presenza di Case di Comunità spoke e/o la piena operatività dei medici di medicina generale, anche in collegamento con la Casa di Comunità e attraverso l'uso di strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina, al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali;**

**8) a valorizzare la rete territoriale di assistenza e presa in carico del paziente anzitutto cronico, in modo da individuare i bisogni di cura anche attraverso attività di screening e sviluppare terapie adeguate a cominciare dalla erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 11 della legge n. 69 del 2009 e dalla loro piena inclusione nei livelli essenziali di assistenza dando così finalmente attuazione all'articolo 8, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;**



9) al fine di garantire una idonea presa in carico globale e un'adeguata assistenza domiciliare dei pazienti con malattie rare o croniche complesse, ad adottare iniziative per facilitare ed estendere l'assistenza e la terapia domiciliare per i pazienti cronici e i malati rari, nel rispetto della sicurezza dei pazienti, ottemperando alla realizzazione di una sanità di prossimità, con un coordinamento tra specialisti dei centri di riferimento e i medici di medicina generale;

10) a valutare la possibilità di sostenere, per le esigenze assistenziali che non sia possibile soddisfare con la domiciliarità, il potenziamento degli *standard* organizzativi, strutturali e tecnologici delle Rsa e delle strutture analoghe, assicurando la partecipazione degli enti che rappresentano le predette strutture nelle commissioni, organismi e gruppi di lavoro presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

11) ad adottare iniziative per promuovere, con la popolazione a rischio, incontri di prevenzione in relazione all'evoluzione delle malattie croniche in modo da ridurre l'evoluzione verso la grave disabilità e il rischio di perdita dell'autonomia, sostenendo il mantenimento delle funzionalità e autonomie residue per le persone non autosufficienti;

12) ad adottare le iniziative per integrare, nelle Case di comunità, anche i Consultori familiari (Cf) quali servizi territoriali, di prossimità, multidisciplinari, fortemente integrati con altri presidi socio-sanitari e caratterizzati da un approccio olistico alla salute, a tutela della salute della donna, degli adolescenti, della coppia e della famiglia diffusi sull'intero territorio nazionale e orientati ad attività di prevenzione e promozione della salute;

13) a valutare iniziative di competenza volte a potenziare l'odontoiatria pubblica e ad agevolare il ricambio generazionale degli organici e l'erogazione di un maggiore volume di prestazioni;

14) ad adottare le iniziative di competenza affinché nella riorganizzazione della rete di medicina territoriale:

a) siano implementati ulteriori *setting* territoriali, quali la salute mentale, la dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e assistenza psicologica di base, creando così una rete capillare sul territorio, che possa garantire, almeno, per la fascia più giovane della popolazione una presa in carico immediata;

b) vengono potenziati i servizi di psicologia, con particolare riguardo alla funzione svolta nelle case di comunità in conformità a quanto previsto dal nuovo regolamento in gase di pubblicazione che disciplina l'assistenza territoriale e quindi sviluppando un sistema basato sull'approccio alla persona e ai suoi bisogni e garantendo la massima integrazione delle competenze psicologiche;

15) a valutare l'opportunità di prevedere, in sinergia con il Ministero dell'istruzione e con gli enti locali, all'interno degli istituti scolastici e nei servizi educativi, un presidio socio-sanitario, non solo per far fronte alle nuove problematiche indotte dalla pandemia COVID-19 ma anche al fine di una implementazione della prevenzione, della protezione e della promozione della salute individuale dei bambini e degli adolescenti con particolare attenzione all'educazione nutrizionale,

ambientale e, per i ragazzi più grandi, alla salute mentale, all'uso di sostanze stupefacenti e alla salute riproduttiva;

16) ad adottare iniziative per introdurre meccanismi remunerativi che contemplino anche forme di remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni corresponsabili e virtuose in relazione al risultato atteso;

17) a valutare l'adozione di iniziative per:

a) coinvolgere i medici di comunità e delle cure primarie, opportunamente formati, nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale;

b) assicurare una organica revisione del corso di formazione specifica in medicina generale, anche orientando i relativi contenuti formativi all'acquisizione di competenze per l'utilizzo delle nuove tecnologie;

18) a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del Servizio sanitario nazionale a livello statale e regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo della persona assistita come parte attiva del processo clinico-assistenziale, e garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni;

19) ad adottare iniziative per valorizzare il ruolo degli enti del terzo settore nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e dell'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, sostenendo iniziative affinché anche la casa di comunità promuova il ruolo del terzo settore non profit e del volontariato organizzato come co-progettazione e co-protagonista della casa di comunità, sviluppando percorsi di inclusione sociale integrati con i distretti sanitario e sociali (legge n. 328 del 2000), valorizzando il ruolo dei sindaci, definendo gli obiettivi attesi ed effettuando la valutazione;

20) a promuovere il collocamento della figura del *caregiver* familiare, attualmente definita dall'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, nell'ambito di un quadro giuridico di riferimento, affiancandolo costantemente nelle attività e nella formazione e valorizzandone il ruolo anche da un punto di vista sociale e previdenziale;

21) ad adottare le opportune iniziative per garantire un costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e delle riforme di adeguamento a livello regionale e fornire un'informazione qualificata e trasparente in merito ai progetti di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, confrontandosi periodicamente con le Camere in merito ai progressi nella loro attuazione.

(1-00618) *(Nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta)* «Nappi, Panizzut, Carnevali, Mandelli, Noja, Bologna, Stumpo, Menga, Lapia, Trizzino, Villani, D'Arrando, Lorefice, Mammì, Marzana, Misiti, Penna, Provenza, Ruggero, Sportiello, Boldi, Sutto, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Tiramani, De Filippo, Ianaro, Lepri, Pini, Rizzo

**Nervo, Siani, Bagnasco, Novelli, Versace, Romaniello, Dori, Siragusa, Paolo Nicolò Romano».**

**Resoconto stenografico dell'Assemblea  
Seduta n. 708 di mercoledì 15 giugno 2022**

*MOZIONE LAPIA, BOLOGNA, VILLANI, VANESSA CATTOI, CARNEVALI, BAGNASCO, NOJA, ROSPI, STUMPO, SCHULLIAN, RIZZONE ED ALTRI N. 1-00427 (NUOVA FORMULAZIONE), LAPIA ED ALTRI N. 1-00427, CONCERNENTE INIZIATIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE E CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE, ANCHE NEL QUADRO DEL PIANO EUROPEO DI LOTTA CONTRO IL CANCRO*

**Mozioni**

La Camera,

premessi che:

l'associazione italiana di oncologia medica (Aiom), nell'ultimo rapporto denominato «I numeri del cancro in Italia» presentato nel mese di ottobre 2020 all'Istituto superiore di sanità, ha stimato 377 mila nuove diagnosi di cancro in Italia per tutto il 2020: di queste 195.000 negli uomini e 182.000 nelle donne (nel 2019 erano, rispettivamente, 196.000 e 175.000). Il tumore più frequentemente diagnosticato, nel 2020, è stato il carcinoma della mammella (54.976, pari al 14,6 per cento di tutte le nuove diagnosi), seguito dal colon-retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.492);

lo stesso rapporto, che è stato curato da Aiom, dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum), dalla Società italiana di anatomia patologica e di citologia diagnostica (Siapec-lap), dalla Fondazione Aiom, da Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e Passi d'argento, fornisce tuttavia ulteriori ed importanti dati che denotano anche i progressi effettuati nella lotta al cancro. L'efficacia delle campagne di prevenzione già adottate nel nostro Paese negli ultimi anni e delle terapie innovative messe a disposizione dalla ricerca scientifica contro il cancro ha determinato un complessivo aumento del numero delle persone che, dopo la diagnosi, con un'aspettativa e una qualità di vita in linea con quelle della popolazione generale: si parla di circa 3,6 milioni di persone in più (il 5,7 per cento dell'intera popolazione italiana), con un incremento del 37 per cento rispetto a 10 anni fa. Inoltre, almeno un paziente su quattro (quasi un milione di persone) è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito;

se diagnosticato precocemente, il cancro ha più probabilità di essere curato con successo. Si stima che all'interno dell'Unione europea circa il 40 per cento dei tumori possa essere prevenuto e che vi siano più di 12 milioni di sopravvissuti al cancro. I dati rivelano inoltre che circa il 50 per cento delle morti per tumore e il 40 per cento dei nuovi casi di tumore – come riportato sul sito del Parlamento europeo – siano potenzialmente prevenibili, in quanto causate da fattori di rischio modificabili;

un altro dato importante, stimato nel 2020 e messo a confronto con i numeri del 2015, è quello relativo alla riduzione complessiva dei tassi di mortalità: sono in diminuzione sia negli uomini (-6 per cento) che nelle donne (-4,2 per cento). Nelle donne, infatti, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 63 per cento, superiore rispetto a quella degli uomini (54 per cento): il dato è legato al fatto che nel sesso femminile il tumore più

frequente sia quello della mammella e che la stessa neoplasia sia caratterizzata da una prognosi migliore rispetto ad altre neoplasie;

spostando lo sguardo a livello europeo, attualmente l'Europa pur rappresentando meno di un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi totali di cancro nel mondo: il numero di vite perse a causa delle malattie oncologiche, a livello europeo, è destinato ad aumentare di oltre il 24 per cento entro il 2035 (dall'*International Agency for Research on Cancer – WHO*), rendendo il cancro la prima causa di morte in tutta l'Unione europea. Oltre all'impatto sanitario, non da meno è quello economico: tale impatto, sempre secondo le stime, ammonterebbe a 100 miliardi di euro annui in tutto il continente;

ai numeri citati, nell'ultimo anno, si è aggiunta l'emergenza sanitaria che dal febbraio del 2020 sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari di tutti gli Stati membri dell'Unione europea. La pandemia da COVID-19 ha avuto infatti forti ripercussioni negative non solo sulla cura del cancro, ma soprattutto sulla prevenzione e sui trattamenti di cura, ritardando di fatto molte diagnosi e incidendo sull'accesso alle terapie. L'apparente diminuzione dei casi accertati di cancro da inizio pandemia lascia inoltre presagire un futuro drastico aumento delle nuove diagnosi che, riscontrate in stadi avanzati della malattia, ridurranno ulteriormente la possibilità di trattamento e sopravvivenza dei pazienti e moltiplicheranno i costi economici dell'assistenza a carico dei sistemi sanitari nazionali;

a livello nazionale il COVID-19 ha drammaticamente colpito la capacità della rete oncologica in alcune regioni di rispondere tempestivamente ed efficacemente ai bisogni di cura dei pazienti, in particolar modo in quelle dove non esiste un sistema adeguato di rete oncologica operativa, si sono registrati casi – oltre che di ritardata diagnosi – di sospensione della continuità diagnostica e terapeutica o addirittura di mancata somministrazioni delle terapie, il tutto collegato ad un calo degli acquisti dei farmaci antitumorali su scala nazionale. Nonostante durante il *lockdown* si sia cercato di garantire una continuità nella presa in carico dei pazienti, con importanti sforzi da parte del personale sanitario, alcuni decisivi processi di *screening* (mammella, colon-retto, cervice uterina e altro) sono stati ritardati, interrotti o completamente sospesi. In altre realtà regionali, invece, grazie a reti oncologiche attive ed efficienti, seppur la lotta al cancro ed il sostegno alla prevenzione abbiano subito una brusca frenata, sono stati costituiti nuovi e diversi modelli organizzativi per la prevenzione del tumore e la presa in carico del paziente;

in modo particolare, l'emergenza da COVID-19 ha sottolineato nel nostro Paese la forte sofferenza delle reti di cura territoriali e lo scarso sviluppo della sanità digitale. La scelta strategica italiana di riservare l'ospedalità all'acuzie (con un numero di posti letto ospedalieri che è tra i più bassi tra i Paesi europei a prodotto interno lordo equiparabile) comporterebbe inevitabilmente la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, garantendo adeguate risposte assistenziali extraospedaliere al paziente cronico (tra cui è ormai assai spesso annoverato il paziente oncologico). L'utilizzo delle potenzialità della sanità digitale e della telemedicina ha invece consentito alle regioni italiane più vocate all'innovazione di attenuare l'impatto negativo del COVID-19 sull'accessibilità alle cure ospedaliere, consentendo di mantenere da remoto le attività di continuità assistenziale;

la pandemia ha inciso anche sulla prevenzione delle patologie HPV-correlate, con riduzioni degli *screening* e delle vaccinazioni che potrebbero tradursi nel giro di pochi anni in aumento di lesioni precancerose, o tumori da papillomavirus;

per prevenire forme tumorali oltre agli *screening* è necessario adottare, fin da giovani, corretti stili di vita. Sicuramente è una grande sfida, per la salute mondiale, educare i più giovani e sensibilizzarli su quanto sia fondamentale assumere comportamenti che possano prevenire malattie oncologiche. È difficile pensare a interventi di prevenzione poiché, nella maggior parte dei casi, i tumori infantili non dipendono da stili di vita ma da fattori non del tutto noti;

è però possibile proteggere i bambini dallo sviluppo di alcuni tipi di tumori attraverso specifiche vaccinazioni: quella contro il virus dell'epatite B, per evitare il cancro del fegato a cui predispone questa malattia, e la vaccinazione contro l'HPV, a partire dai 12 anni, per prevenire insieme all'infezione i tumori, tra gli altri, del collo dell'utero, del pene, dell'ano e del cavo orale;

quel che è molto diverso per i tumori pediatrici e che è decisamente cambiato, negli ultimi quarant'anni, è il tasso di mortalità, che è in netta diminuzione: nel 2008 i decessi erano circa un terzo di quelli registrati nei primi anni Settanta, e oggi oltre l'80 per cento dei pazienti guarisce;

pur essendo guariti però, molti ex pazienti oncologici pediatrici definiscono sé stessi come «*long term survivor*» o sopravvissuti di lungo corso;

gli ultimi dati dicono che, dopo la diagnosi, tre bambini su quattro guariscono completamente. Crescendo, queste persone (il cui numero in Europa oggi si stima tra 300.000 e 500.000, di cui appunto circa 50.000 in Italia, con un'età media di 25-29 anni) escono dalle competenze dell'oncologo pediatra, ma, purtroppo, non esiste ancora una figura professionale che le possa accompagnare nell'età adulta, non per praticare cure o esami particolari, possono infatti condurre una vita del tutto normale ma perché possono avere dei problemi clinici causati dalle cure cui sono stati sottoposti da bambini;

una minoranza di bambini guariti dal tumore subisce da adulti le conseguenze della malattia o gli effetti secondari delle cure;

ancora non è del tutto noto quanto le terapie somministrate in età pediatrica possano incidere sulla crescita o sulla possibilità di avere figli, o sulla possibilità di sviluppare malattie del cuore, o sul rischio di sviluppare un secondo tumore indotto dai trattamenti per la cura della neoplasia primitiva; sono necessari farmaci sempre più mirati alle specificità dell'organismo in crescita, limitando le sequele nella successiva vita adulta e «su misura» per ogni bambino;

per ottimizzare i livelli di salute e di qualità di vita dei lungo sopravvissuti e per evitare che l'aderenza ai programmi di *follow-up* (FU) venga meno nel periodo di passaggio dall'infanzia all'età adulta, è fondamentale sviluppare un programma di sorveglianza che continui anche oltre la maggiore età. Nella crescita dall'età pediatrica all'età adulta si realizza il passaggio dal familiare ambiente pediatrico, in cui la responsabilità per le cure e il FU è dei genitori, a un ambiente per adulti sconosciuto, in cui è il lungo sopravvissuto stesso che si deve prendere la responsabilità primaria del proprio stato di salute. In questa fascia di età la sovrapposizione di competenze di specialisti pediatrici e medici dell'adulto rende ulteriormente difficile una pianificazione di *Long-Term Follow-Up* (LTFU), in quanto non c'è un accordo chiaro su chi debba gestire questi pazienti. Per questi motivi spesso si assiste all'abbandono del programma di sorveglianza

da parte dei pazienti e alla perdita del *follow-up*, rendendo sempre più meno frequenti con l'avanzare dell'età i controlli presso i centri;

in questo quadro l'Europa si è fatta promotrice di un rinnovato impegno a favore della prevenzione del cancro, sfruttando questo importante momento di totale rivoluzione dei sistemi sanitari regionali e nazionali, puntando a modelli di trattamento e assistenza dei pazienti oncologici che siano moderni ed adeguati alle nuove sfide;

per far ciò una prima, importante risposta è stata fornita il 3 febbraio 2021: la Commissione europea, in un documento inviato al Parlamento europeo ed al Consiglio europeo, ha infatti elaborato il nuovo «Piano europeo di lotta contro il cancro» che riflette l'impegno politico a non lasciare nulla di intentato, agendo contro la malattia, mobilitando il potere collettivo dell'Unione europea verso un cambiamento a vantaggio della popolazione, approvato poi il 15 febbraio 2021;

il «Piano europeo di lotta contro il cancro» si propone di essere la risposta dell'Unione europea alle esigenze sino ad ora descritte nella presente mozione. Esso contiene azioni concrete e ambiziose, come lo stesso Piano le definisce, che mirano a sostenere, coordinare ed integrare gli sforzi profusi da tutti gli Stati membri per ridurre le conseguenze causate dal cancro sui pazienti e sulle loro famiglie, ed in maniera generale in tutta la società, sia a livello sanitario che a livello economico; obiettivo primario del Piano è quello di far fronte all'intero decorso della patologia ed è strutturato su quattro ambiti di intervento: la prevenzione, l'individuazione precoce delle neoplasie, la diagnosi ed il trattamento, la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia. A questi si aggiungono nuovi obiettivi strategici, sostenuti da dieci iniziative faro e da molteplici azioni di sostegno, per aiutare gli Stati membri ad invertire la tendenza nella lotta contro il cancro e per fare in modo che si realizzi una suddivisione delle competenze e delle risorse in tutta l'Unione europea. Il Piano sarà inoltre sostenuto dal nuovo programma *EU4Health* che, con altri strumenti messi a disposizione dall'Unione europea, si propone di fornire agli Stati membri 4 miliardi di euro per coadiuvare gli sforzi nel rendere i propri sistemi sanitari più solidi e più efficaci nell'affrontare il cancro;

per quanto concerne la prevenzione il Piano punta, altresì, sulla combinazione intelligente di dati sanitari e nuove tecnologie che consentirebbero lo sviluppo esponenziale della medicina personalizzata, la quale diventa un potente strumento per contrastare il cancro mediante strategie di prevenzione e trattamento su misura: i pazienti, in sintesi, ricevono terapie studiate e proposte su misura per il loro caso specifico. Questo, oltre a determinare una migliore risposta al trattamento, determina un calo della spesa per eventuali tentativi di cura e conseguenti possibili errori frutto di imprecise valutazioni della diagnosi del paziente;

la medicina personalizzata ha radicalmente cambiato la prognosi dei pazienti e, insieme alla ricerca e all'innovazione, con l'ausilio dalle tecnologie digitali, si sono raggiunti notevoli traguardi nella comprensione dei tumori; sussistono però ancora troppi ostacoli nell'accesso ai *test* di diagnostica molecolare, necessari per indirizzare i pazienti verso le terapie appropriate. I *test* diagnostici non sono sempre disponibili e dunque garantiti in maniera omogenea in tutte le regioni, creando forti disparità tra i cittadini italiani. È necessario perciò adottare un approccio trasversale, basato sulla centralità del paziente e sull'utilizzo delle nuove tecnologie, che rafforzi la cooperazione e migliori gli esiti clinici dei malati, ponendo fine alle disparità di accesso in termini di conoscenza, prevenzione, diagnosi e cure;

in particolare, si evidenzia come l'articolo 19-*octies* del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con legge 18 dicembre 2020, n. 176, allocava 5 milioni di euro per l'anno 2021 destinati al potenziamento dei test NGS, strumenti di prevenzione innovativi che, individuando le alterazioni molecolari all'origine dei tumori, garantiscono diagnosi precoce e terapie efficaci, prevedendo al secondo comma l'emanazione di un decreto attuativo; in seguito, l'articolo 1, commi 684 e seguenti della legge n. 30 dicembre 2021, n. 234, ha istituito nello stato di previsione del Ministero della salute un nuovo fondo, con dotazioni pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023, rinviando ad un ulteriore decreto attuativo la definizione di criteri, modalità attuative e sistema di monitoraggio;

tuttavia, ad oggi, nonostante la scadenza dei termini, il decreto in questione non risulta ancora adottato e i pazienti oncologici sono non di rado costretti a sostenere a proprie spese i costi per l'accesso ai suddetti *screening*;

la difficoltà di accesso ai servizi riguarda, altresì, particolari categorie di pazienti oncologici: tra queste, figurano senz'altro le donne con disabilità, interessate da tassi di patologie oncologiche femminili estremamente più elevati rispetto al resto della popolazione femminile generale, a causa della mancanza di strutture e apparecchiature di screening e diagnosi progettate per rispondere ai vari bisogni di accessibilità;

in merito al quarto ambito di intervento relativo al miglioramento della vita dei pazienti oncologici sopravvissuti alla malattia, inoltre, va sottolineato come le persone guarite dal tumore debbano spesso affrontare ostacoli e discriminazioni dovuti per lo più ad una sorta di stigma sociale che impedirebbe agli stessi di accedere ad alcuni servizi considerati ad oggi un privilegio per persone sane;

basti pensare che nel nostro Paese, un milione di persone sebbene considerate guarite dal cancro, subiscono discriminazioni per accendere un mutuo, per adottare un bambino, per l'avanzamento di carriera, per chiedere un prestito personale, per aprire un'attività, per richiedere una copertura assicurativa, per il reinserimento lavorativo. In tal senso il Piano europeo di lotta contro il cancro mira non solo a garantire che i pazienti oncologici sopravvivano alla malattia, ma che vivano una vita lunga e soddisfacente, senza discriminazioni e ostacoli iniqui;

il riconoscimento del diritto della persona guarita, ad esempio, nell'accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi, dovrebbe garantire che ad esse non potranno essere richieste informazioni sullo stato di salute relative a malattie oncologiche pregresse, quando sia trascorso un certo periodo di tempo da individuare dalla fine del trattamento attivo in assenza di recidive o ricadute della patologia;

tali informazioni non potranno più essere considerate ai fini della valutazione del rischio o della solvibilità del cliente e ciò dovrà valere anche per l'accesso alle adozioni;

negli ultimi 3 anni, tra l'aprile 2019 e il febbraio 2022, ben cinque Paesi europei hanno approvato norme che garantiscono agli ex pazienti oncologici il diritto a non essere discriminati, a non essere «rappresentati» dalla malattia: Belgio, Portogallo, Francia e Olanda hanno varato appositi provvedimenti legislativi mentre nel caso del Lussemburgo si è optato per una convenzione stipulata tra il Ministero della salute e l'Associazione delle compagnie assicurative;



al di là dei diversi strumenti legislativi che ciascun Paese ha scelto per eliminare una tale discriminazione, il contenuto delle normative è sostanzialmente analogo e pressoché identiche le soglie temporali, superate le quali si ha diritto all'oblio: 5 anni dalla fine del protocollo terapeutico nel caso di tumori insorti prima del ventunesimo anno di età; 10 anni per quelli sviluppati dopo il compimento dei 21 anni di età (18 nel caso del Lussemburgo);

il legislatore francese, dopo un accordo trovato in commissione bicamerale paritetica, è andato persino oltre, stabilendo una soglia di 5 anni per tutte le persone guarite da un tumore, indipendentemente dall'età in cui questo è stato contratto;

in ambito UE, una risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro – Verso una strategia globale e coordinata (2020/ 2267(INI)) nell'enunciazione dei campi di azione – al paragrafo 125 – «chiede che entro il 2025, al più tardi, tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei»;

in definitiva le dieci iniziative «faro» che sosterranno il nuovo Piano europeo, sono state così individuate:

1. inaugurazione, nel 2021, del nuovo centro di conoscenze sul cancro presso il centro comune di ricerca, allo scopo di agevolare il coordinamento delle iniziative scientifiche e tecniche;
2. avvio dell'iniziativa europea sull'*imaging* dei tumori nel 2022 per compilare un «atlante UE» di immagini relative al cancro, che metterà a disposizione di una vasta gamma di portatori di interessi nell'intero ecosistema di ospedali, ricercatori ed innovatori, immagini anonimizzate di diagnosi di neoplasie;
3. sostenere gli sforzi della vaccinazione sistemica contro i papillomavirus umani di ragazze e ragazzi, in modo da puntare a debellare il carcinoma della cervice uterina e altri tumori causati da tali virus. In merito a tale punto si mira a sostenere gli sforzi degli Stati membri volti ad estendere in maniera significativa la vaccinazione contro il *papillomavirus* nei ragazzi e nelle ragazze, con l'obiettivo di vaccinare almeno il 90 per cento della popolazione bersaglio entro il 2030, coerentemente con quanto previsto dalla Strategia globale dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'eliminazione del cancro della cervice uterina;
4. proposta di un nuovo programma di *screening* dei tumori sostenuto dall'Unione europea per aiutare gli Stati membri a garantire che il 90 per cento della popolazione dell'Unione europea che soddisfa i requisiti per lo *screening* del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto, abbia la possibilità di sottoporvisi entro il 2025;
5. istituzione, entro il 2025, della rete dell'Unione europea che collegherà i centri oncologici integrati nazionali riconosciuti in ogni Stato membro. Questo servirà a facilitare la diffusione di diagnosi e trattamenti di qualità garantita in tutta l'Unione europea;
6. avviare entro il 2021 la nuova iniziativa di diagnosi e trattamento del cancro per tutti, al fine di contribuire a migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi dei tumori;

7. avviare l'iniziativa europea per comprendere le neoplasie (UNCAN.eu) nell'ambito della prevista missione contro il cancro, per migliorare la comprensione dell'insorgenza dei tumori;

8. utilizzo dei fondi del programma *EU4Health* per migliorare la vita dei malati di tumore per fornire, entro il 2022, una *smart card* del «sopravvissuto al cancro», al fine di riassumere la storia clinica dei pazienti e facilitare e monitorare le cure di *follow-up*;

9. istituire, entro il 2021, un registro delle disuguaglianze di fronte al cancro, il cui scopo sarà quello di individuare le tendenze, le disparità e le disuguaglianze tra Stati membri e regioni. Il registro individuerà le criticità e le specifiche aree di intervento per orientare gli investimenti e gli interventi a livello nazionale e dell'Unione europea nell'ambito del piano europeo di lotta contro tutte le neoplasie;

10. mettere in primo piano, entro il 2021, il cancro infantile, avviando l'iniziativa per aiutare i bambini affetti da tumore allo scopo di garantire che i minori abbiano accesso a un'individuazione, una diagnosi, un trattamento ed una cura rapidi e ottimali. Tale iniziativa sarà finanziata nell'ambito del futuro programma *EU4Health*;

a sostegno del Piano saranno messi a disposizione ulteriori fondi, oltre a quelli previsti dal programma *EU4Health* come quelli del quadro di ricerca ed innovazione Orizzonte Europa che potrebbe erogare fino a 2 miliardi di euro a sostegno di progetti di prevenzione e ricerca sul cancro; ed ancora, quelli del programma Erasmus+ (con Istituto europeo di innovazione e tecnologia e azioni Marie Skłodowska-Curie) che potrebbe mettere a disposizione fino a 500 milioni di euro per progetti di istruzione e formazione;

inoltre, vi saranno fondi per 250 milioni di euro derivanti dal programma Europa digitale per sostenere iniziative volte a investire in programmi digitali come i dati elettronici, la sicurezza informatica e le competenze digitali per il settore sanitario. I fondi della politica di coesione (Fondo europeo di sviluppo regionale, Fondo di coesione e Fondo sociale europeo Pus), infine, sosterranno gli Stati membri e le rispettive regioni, affinché migliorino la resilienza, l'accessibilità e l'efficacia dei rispettivi sistemi sanitari;

un altro importante strumento attraverso il quale gli Stati membri potrebbero decidere di sostenere la lotta al cancro ed i progressi della ricerca scientifica, è il *Next Generation EU*, con una dotazione complessiva di 672,5 miliardi di euro: un fondo del quale, al nostro Paese, spetta la parte più cospicua e che ammonta ad oltre 200 miliardi di euro;

è inoltre importante menzionare anche il piano d'azione «Samira», presentato il 5 febbraio 2021, volto a migliorare il coordinamento europeo nell'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari per la cura dei tumori e di altre malattie, garantendo altresì ai cittadini europei elevati *standard* di qualità nel trattamento della patologia e parità di accesso alla medicina personalizzata;

in questa prospettiva Samira si propone di raggiungere 3 obiettivi fondamentali: a) garantire l'offerta di radioisotopi per uso medico dando vita a un'iniziativa europea che riunirà i centri specializzati nei radioisotopi (*Ervi – European radioisotope valley initiative*), al fine di mantenere la *leadership* mondiale dell'Europa nell'offerta di radioisotopi; b) migliorare la qualità e la sicurezza delle radiazioni in medicina, ponendo in essere una specifica iniziativa europea sulla qualità e sulla sicurezza delle applicazioni

mediche delle radiazioni ionizzanti; c) agevolare l'innovazione e lo sviluppo tecnologico delle applicazioni mediche delle radiazioni ionizzanti;

al fine inoltre di agevolare il ricorso degli Stati membri agli strumenti di finanziamento messi a disposizione dall'Unione europea, la Commissione si propone altresì di istituire un meccanismo di condivisione delle conoscenze per informare tutti i Paesi sui diversi meccanismi di accesso alle risorse;

nel prossimo futuro, come riportato dal documento consegnato dalla Commissione al Parlamento europeo ed al Consiglio, verrà istituito il gruppo di attuazione del Piano contro il cancro dell'Unione europea, che si riunirà costantemente per discutere e riesaminare l'attuazione del Piano strategico europeo contro il cancro e della prevista missione di Orizzonte Europa;

il Piano europeo di lotta contro il cancro sarà riesaminato entro la fine del 2024;

è opportuno ora più che mai, soprattutto in questo periodo di stravolgimenti a livello globale che stanno mettendo a dura prova la tenuta del tessuto sociale e dei sistemi sanitari dei Paesi di tutto il mondo, che l'Italia sostenga il Piano strategico europeo contro il cancro, facendosi promotrice di azioni concrete ed immediate, occupando all'interno del gruppo di attuazione del piano di cui in premessa una posizione di prima linea;

appare dunque più che mai necessario un rinnovato impegno a favore della prevenzione, del trattamento e della presa in carico e dell'assistenza ai malati oncologici, per evitare l'aumento di vite perse a causa delle malattie neoplastiche;

la cura del cancro non può e non deve essere più esclusiva responsabilità del nostro sistema sanitario e del personale sanitario e socio-sanitario: occorre l'impegno di tutte le istituzioni, ad ogni livello, e di una vasta gamma di settori e portatori di interessi;

negli ultimi 7 anni, a cavallo delle ultime due legislature, l'intergruppo parlamentare «Insieme per un impegno contro il cancro», frutto della volontà del Gruppo «La Salute un bene da difendere, un diritto da promuovere», coordinato da Salute donna onlus, ha favorito il dialogo fra il Parlamento e molte associazioni di pazienti presenti nel campo dell'oncologia, portando all'evidenza di numerosi parlamentari la necessità di intervenire in modo organico e strategico sulla materia. Un accordo di legislatura in 15 punti è stato redatto e condiviso dalle 36 associazioni di pazienti che hanno aderito al Gruppo, è stato condiviso con tutti i gruppi politici in lizza per le elezioni del 2018 e successivamente i relativi contenuti sono confluiti in atti di indirizzo politico approvati con voto unanime sia alla Camera che al Senato (LSP);

rendere la cura e l'assistenza omogenee su tutto il territorio, con particolare riferimento al nostro Paese, è oggi una necessità non più differibile e l'Italia può raggiungere questo obiettivo anche e soprattutto utilizzando, per avviare immediatamente il processo, le risorse del *Recovery Plan*: risulta necessario pensare alla rete oncologica italiana come ad una emergenza cui dover far fronte in tempi brevi, puntando al sostegno della qualità della vita dei pazienti. È un processo, questo, che mira a rendere il nostro un Paese più civile, solidale e promotore di una gestione delle patologie oncologiche moderna ed avanzata. Per tale motivo è importante che le istituzioni prendano spunto dalle *best practice* già esistenti sul nostro territorio per ridisegnare i modelli di *governance* dell'assistenza sanitaria e della presa in carico del paziente oncologico;

a livello nazionale inoltre, già il Ministro della salute, durante la discussione del *question time* alla Camera del 18 maggio 2022, ha anticipato che il Piano oncologico nazionale, atteso da anni, è ormai pronto per l'esame da parte delle Regioni; si tratta di un documento che affronta tutte le problematiche per la prevenzione, la cura e l'assistenza ai malati di cancro con rinnovata attenzione ai percorsi assistenziali grazie a un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico e con il grande obiettivo della riduzione fino all'eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura;

il nuovo Piano oncologico nazionale 2022-2027, intende recepire le indicazioni del Piano europeo contro il cancro e, in linea con le aree di intervento del menzionato piano europeo, si basa su: prevenzione, percorsi di cura chiari ed omogenei nonché totale attenzione al malato e a chi lo assiste; in caso di fondato sospetto esenzione temporanea dal *ticket* che decada qualora la diagnosi non venga confermata, digitalizzazione per snellire la burocrazia, assistenza sempre più domiciliare e integrata con l'ospedale e i servizi territoriali; formazione degli operatori sanitari e campagne informative per i cittadini; supporto nutrizionale e psicologico, ampliamento delle fasce di età per gli screening; cure palliative a domicilio e potenziamento delle coperture vaccinali;

proprio in merito ai processi di screening inoltre, l'*Osservatorio Nazionale Screening* (ONS) si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di screening durante la pandemia e uno degli strumenti preposti allo scopo è stata la conduzione di una indagine per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e le capacità di recupero di ogni regione, con particolare riguardo allo *screening* cervicale, mammografico e coloretale; i dati hanno fornito un aggiornamento della stima quantitativa dei ritardi che si stanno accumulando nei programmi di *screening* oncologico;

particolare attenzione deve essere inoltre prestata alla presa in carico dei pazienti, in quest'ottica, in tema di carcinoma mammario: i centri di senologia (*Breast Unit*) garantiscono una presa in carico del paziente multidisciplinare, riunendo funzionalmente tutti i servizi che sono coinvolti nella diagnosi, cura e riabilitazione delle pazienti con carcinoma mammario; questi centri intervengono, annualmente, in media, nel trattamento della patologia di almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario;

la Conferenza Stato-Regioni, tramite intesa (n. 185ZCSR), il 18 dicembre 2014, ha approvato le «linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia». L'intesa ha previsto, al punto 2, l'istituzione di un tavolo di coordinamento presso il Ministero della salute, con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano. Tuttavia, ad oggi, il tavolo di coordinamento nazionale non ha esercitato compiutamente le proprie funzioni, e nonostante gli impegni presi dalle regioni, si continuano a rilevare difformità territoriali e regionali nell'attuazione delle *Breast Unit*;

l'attuazione di questa intesa non è completata perché ancora molte strutture non rispettano tutti i requisiti previsti: mancano servizi essenziali come chirurgia plastica, oncogenetica, psico-oncologia; non vengono svolte attività come la gestione del *follow-up*, la formazione del personale e la ricerca; nelle *Breast Unit* strutturate in più sedi manca una gestione centralizzata del percorso delle pazienti e le sedi secondarie non garantiscono sufficienti standard di qualità;

la commissione tecnica del Ministero della salute, incaricata del coordinamento e del monitoraggio delle reti dei centri di senologia, non è mai stata resa operativa, con il risultato che permangono forti disparità tra le *Breast Unit* delle diverse regioni, generando iniquità e irragionevole disparità di trattamento;

appare dunque auspicabile che la bozza del Piano oncologico nazionale possa al più presto essere approvata dalle regioni, dunque possa essere definita e trovare attuazione;

le patologie tumorali producono un impatto significativo non soltanto sulla salute fisica, ma altresì sulla salute psichica o mentale delle persone che ne sono coinvolte: pertanto, da più parti viene evidenziata la necessità che i pazienti oncologici abbiano accesso a supporti psicologici adeguati, al momento della diagnosi e durante e dopo i trattamenti sanitari a cui devono sottoporsi;

infine, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha più volte sottolineato come, nella prevenzione delle patologie oncologiche, rivestano un ruolo fondamentale gli stili di vita e i comportamenti individuali la cui applicazione, dati scientifici alla mano, eviterebbe la metà dei tumori che ogni anno colpiscono milioni di persone;

se una delle voci più autorevoli in ambito di ricerca sui tumori considera il cambiamento dello stile di vita come lo strumento più importante nella lotta contro il cancro, occorre uno sforzo, anche in termini di risorse investite, idoneo a mettere in campo una strategia di prevenzione adeguata ai differenti contesti territoriali e ai relativi diversi fattori ambientali;

è necessario che il nuovo piano sia centrato sulla persona e sulla sua presa in carico, sul suo percorso terapeutico che, come sancito nell'accordo Stato-regioni del 2019, individui nella rete oncologica il miglior modello organizzativo per un adeguato livello di accoglienza ed integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera, assicurando per tutti un equo accesso alle cure e superando un sistema attualmente incentrato solo sull'assistenza ospedaliera;

in ragione della rilevanza economica e sociale del cancro, l'adozione del nuovo piano oncologico nazionale (PON) rappresenta una priorità per l'intero sistema, anche in considerazione di quanto viene richiesto agli Stati membri e stanziato (4 miliardi di euro) dal Piano europeo di lotta contro il cancro,

### **impegna il Governo:**

**1) ad adottare tutte le iniziative utili per l'immediata attivazione delle principali misure contenute nel «Piano oncologico contro il cancro dell'Unione europea» e nel Piano «Samira» sull'impiego delle tecnologie radiologiche e nucleari, declinandoli in un Piano oncologico nazionale (PON) che coinvolga il Ministero della salute e le regioni in un'ottica *one-health*;**

**2) ad assumere iniziative affinché sia perfezionata al più presto l'adozione definitiva del Piano nazionale oncologico, in linea con il Piano europeo, e si possano raggiungere gli obiettivi che esso si propone, adottando una *road map* per la sua concreta attuazione contenente, tra l'altro, una cogente tempistica di attuazione (*time table*) e precisi, misurabili ed ineludibili elementi di verifica della sua**

attuazione nelle diverse regioni, in particolare facendo sì che il nuovo Piano oncologico nazionale provveda a:

a) completare il percorso istitutivo del Registro nazionale tumori e della rete dei registri regionali, assicurando un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionante database nazionale, anche definendo gli *standard* di funzionamento dei registri tumori attraverso requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali, nonché dei flussi informativi;

b) investire nella prevenzione, sviluppando forme di comunicazione sui corretti stili di vita dalla scuola fino ai luoghi di lavoro e aumentando le coperture vaccinali, come quelle contro l'Hpv che hanno percentuali molto basse;

c) contrastare i fattori ambientali, incluso l'inquinamento, ritenuti in base alle evidenze disponibili corresponsabili dell'aumento del rischio di ammalarsi di tumore e sostenere politiche ambientali in linea con gli obiettivi della transizione verde enunciati all'interno del green deal europeo;

d) potenziare l'attività di *screening*, ovvero la cosiddetta prevenzione secondaria, verificando lo stato di attuazione in Italia degli screening oncologici e delle reti oncologiche (in base all'accordo Stato-regioni del 17 aprile 2019);

e) implementare la prevenzione terziaria per le persone sopravvissute ad un tumore con il miglioramento dei *follow-up* e dei corretti stili di vita per evitare il rischio di recidive anche coinvolgendo le famiglie dei pazienti;

f) garantire la cura a partire dalla presa in carico dei pazienti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e potenziare l'assistenza per chi è affetto da un tumore raro e per le persone fragili malate di cancro;

g) prevedere nel medesimo Piano oncologico nazionale specifiche sezioni dedicate alla presa in carico e cura dei pazienti metastatici;

h) applicare effettivamente le norme che riconoscono i *caregiver* oncologici per i quali è stato creato un apposito fondo da 30 milioni annui fino al 2023;

i) prevedere interventi formativi fortemente dinamici perché riguardano un settore in continua devoluzione per quanto riguarda i modelli assistenziali, le innovazioni tecnologiche e gli aspetti indispensabili di umanizzazione e di rispetto della persona: nello specifico si raccomanda la definizione di indirizzi di formazione in oncologia partendo dalla definizione di profili di ruolo del personale sanitario dedicato all'oncologia in termini di competenze necessarie a garantire l'efficacia dei percorsi di diagnosi e cura;

3) ad assumere tutte le iniziative opportune tese a colmare le differenze dei servizi assistenziali per la cura del cancro, tra regioni caratterizzate dall'esistenza di reti oncologiche efficienti e all'avanguardia e regioni caratterizzate da una eccessiva mobilità passiva sull'oncologia, con particolare attenzione alle regioni del Mezzogiorno, prevedendo, altresì, un meccanismo di monitoraggio per la concreta attuazione del Piano stesso, includendovi indicatori predefiniti e misurabili per la

valutazione delle attività regionali rispetto alla presa in carico e cura del paziente e della sua famiglia;

4) a promuovere e a facilitare la ricerca clinica sui farmaci oncologici innovativi e sulle nuove tecnologie, quali l'immunoterapia, le Car-t e le terapie radiocellulari di ultima generazione, anche al fine di attrarre investimenti presso le eccellenze scientifiche del nostro Paese;

5) ad adottare iniziative di competenza per rendere più brevi possibili i tempi per l'accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi;

6) ad adottare iniziative per incentivare la medicina di precisione attraverso l'adozione dei *test Ngs (Next Generation sequencing)*, rivolti a caratterizzare la neoplasia ed assicurare trattamenti personalizzati (LSP), promuovendo altresì, in raccordo con le regioni, l'adozione dei Molecular Tumor Board, *team* multidisciplinari disegnati per colmare l'enorme disparità tra conoscenza clinica e potenzialità della diagnostica molecolare nella pratica oncologica;

7) ad adottare le iniziative di competenza per istituire in ogni unità complessa di oncologia un servizio di psiconcologia riservato ai pazienti e ai familiari, procedendo, il prima possibile, al riconoscimento della psiconcologia come professione sanitaria;

8) ad adottare iniziative finalizzate ad omogeneizzare in tutto il contesto nazionale gli interventi in materia di rafforzamento dell'assistenza territoriale e di potenziamento delle reti di telemedicina, valorizzando il ruolo di tali strumenti nella piena attuazione dei processi di deospedalizzazione, che rivestono ruolo fondamentale per la gestione sanitaria dell'intera cronicità e di quella oncologica in particolare;

9) ad adottare iniziative affinché in caso di fondato sospetto, sia assicurata l'esenzione temporanea dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (*ticket*) anche nelle fasi di indagine che decada qualora la diagnosi non venga confermata e a promuovere l'uniforme accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi approvati dall'Aifa su tutto il territorio nazionale;

10) a varare un Piano straordinario organizzativo e informativo per il recupero delle vaccinazioni contro il papillomavirus, per mantenere l'obiettivo di copertura del 95 per cento dei ragazzi e delle ragazze all'interno del Piano nazionale per la prevenzione vaccinale;

11) a sostenere il piano d'azione «Samira» per migliorare l'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari – in particolare le terapie radiocellulari di ultima generazione – per la cura dei tumori e di altre malattie;

12) a promuovere, utilizzando gli strumenti finanziari messi a disposizione dall'Unione europea, ogni campagna di prevenzione necessaria a prevenire nuove diagnosi di cancro, soprattutto quelle relative allo screening tumorale fortemente compromesse durante l'emergenza sanitaria, verificando altresì che le risorse messe a disposizione dall'Unione europea possano supportare la realizzazione degli

obiettivi del piano oncologico europeo ed anche nazionale, e che siano investite anche risorse aggiuntive, certe e necessarie per l'attuazione del Piano nazionale oncologico;

13) a promuovere, per quanto di competenza, l'adeguamento dei servizi e dei percorsi terapeutici assistenziali alle esigenze dei pazienti affetti da neoplasie, compresi i processi relativi alle cure palliative, sostenendo le reti locali degli *hospice* e utilizzando altresì modelli centrati sulle esigenze individuali unitamente ai nuovi strumenti della medicina personalizzata, adottando iniziative per garantire, anche attraverso attività di monitoraggio, che tutti i centri delle reti oncologiche operino secondo elevati *standard* di qualità per il trattamento della patologia, anche nell'ottica di un approccio alla medicina personalizzata e di precisione;

14) ad adottare le iniziative necessarie, per quanto di competenza, volte a evitare che le persone guarite da patologie oncologiche subiscano discriminazioni e ostacoli iniqui, e a assicurare un loro effettivo ritorno a una vita normale, produttiva e «di qualità», attraverso riabilitazione oncologica tempestiva;

15) ad adottare iniziative di competenza volte ad assicurare alle persone guarite da patologie oncologiche l'accesso a servizi finanziari, assicurativi e di altra natura, nonché a percorsi di adozione in condizioni di uguaglianza e non discriminazione rispetto al resto della popolazione, secondo quanto previsto dalla risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022;

16) a prevedere iniziative per la conservazione del posto di lavoro, il diritto al lavoro agile e un pieno reinserimento al lavoro dei pazienti oncologici;

17) ad adottare iniziative per sensibilizzare, nel limite delle proprie competenze e con apposite campagne di informazione, la popolazione alla cultura della «guarigione dal cancro», nonché ad adottare iniziative normative volte al riconoscimento giuridico di una «guarigione dal cancro»;

18) ad adottare iniziative affinché la mancata tutela del diritto all'oblio oncologico integri un'ipotesi discriminatoria in ambito lavorativo censurabile da parte degli organi preposti al controllo;

19) ad adottare un approccio multidisciplinare ed integrato volto a garantire ai pazienti oncologici un percorso serio e mirato di riabilitazione, adottando all'uopo tutte le iniziative per rendere effettivo il ritorno a una vita normale, produttiva e «di qualità» attraverso la riabilitazione oncologica tempestiva, *conditio sine qua non* per un pieno recupero fisico, nutrizionale, cognitivo, psicologico e sociale, definendo ed organizzando, per quanto di competenza, anche per i pazienti oncologici adulti, degli «ambulatori dei guariti», da attuare in accordo con la medicina del territorio in strutture extraospedaliere per ridurre l'impatto psicologico negativo delle strutture di cura oncologica, operando su un unico progetto condiviso e utilizzando un unico sistema integrato;

20) ad adottare iniziative per prevedere e trattare attraverso un programma personalizzato, che tenga conto dei diversi aspetti dei deficit funzionali, i problemi più comuni cui devono far fronte le persone guarite dal cancro, derivanti da



complicanze, più o meno invalidanti, conseguenti alla malattia in sé o ai trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, farmaci);

21) a prevedere altresì l'adozione di una modalità condivisa di registrazione delle informazioni cliniche, in particolare di una cartella unica informatizzata che rappresenta lo strumento ottimale per garantire continuità degli interventi, omogeneità delle prestazioni ed evitare duplicazioni delle procedure rendendo gli strumenti tecnologici «più efficienti e più facili da usare e promuoverne l'accettazione, coinvolgendo sia gli operatori sanitari che i pazienti nelle scelte strategiche e nella progettazione e attuazione»;

22) ad assumere tutte le iniziative di competenza volte a garantire ai pazienti oncologici, in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale, l'accesso ai più moderni sistemi di medicina personalizzata, e, in particolare, agli *screening* oncologici innovativi, quali i *test* diagnostici NGS, dando anzitutto pronta e piena attuazione all'articolo 19-*octies* del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con legge 18 dicembre 2020, n. 176 e all'articolo 1, commi 684 e seguenti, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

23) a promuovere campagne di screening per le popolazioni maggiormente a rischio al fine di recuperare gli esami non eseguiti durante la pandemia e di incentivare l'attività di prevenzione secondaria;

24) a valutare l'adozione di iniziative per l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza (Lea) dei test di diagnostica molecolare per patologie per le quali esistano farmaci di precisione disponibili, per indirizzare i pazienti verso le terapie più appropriate;

25) a valorizzare le *best practice* esistenti per promuovere, a livello territoriale, un approccio multidisciplinare che investa diversi specialisti con l'obiettivo di garantire e migliorare l'assistenza, la prevenzione, anche con la valutazione nutrizionale e della salute ossea, ed il benessere psicofisico complessivo del paziente oncologico;

26) a promuovere la realizzazione di un'infrastruttura telematica che possa implementare i benefici dati dal sostegno e dai trattamenti tradizionali, ridisegnando i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) anche in un'ottica di integrazione ospedale-territorio e considerando le sedi più appropriate – ospedaliere o domiciliari – per lo svolgimento o per l'erogazione dei bisogni clinici e riabilitativi;

27) ad adottare iniziative per garantire l'implementazione e il monitoraggio delle *Breast Unit*, anche mediante il tavolo di coordinamento ministeriale che verifichi, con la collaborazione delle regioni, i casi di inadempienza dei servizi offerti, allo scopo di garantire l'accessibilità delle donne in centri che rispondano a requisiti specifici secondo linee guida condivise e *standard* di qualità;

28) ad adottare iniziative per lo *screening* mammografico sia per realizzare nuove strategie di comunicazione su scala nazionale per informare e fidelizzare le donne, sia per predisporre nuovi protocolli che prevedano la valutazione del livello di rischio individuale e percorsi specifici per le donne ad alto rischio, sia per redigere

report ravvicinati e costanti sull'attività dello screening nelle varie regioni da parte dell'Osservatorio nazionale screening;

29) a promuovere l'oncologia di precisione attraverso l'istituzione dei *Molecular Tumor Board* (MTB) nell'ambito delle Reti oncologiche regionali (ROR) e l'istituzione dei centri di profilazione genomica (*Next Generation Sequencing – NGS*), secondo quanto previsto dall'articolo 8, commi 1-*bis*-1-*quater* del decreto-legge n. 152 del 2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 2021 n. 233, invitando l'AIFA a rendere nuovamente disponibile, a tutti gli oncologi o almeno ai MTB, l'Osservatorio delle sperimentazioni cliniche, per garantire una reale equità di potenziale accesso a terapie innovative, ancorché non ancora convenzionali;

30) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-regioni del 26 ottobre 2017 sul documento «Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche» nell'ottica di garantire il più ampio accesso alla medicina di precisione, sollecitando le conclusioni del tavolo di coordinamento inter-istituzionale con il compito di attuare il piano, con particolare riferimento agli investimenti necessari per assicurare la multidisciplinarietà, strutture adeguate e personale altamente specializzato;

31) ad adottare iniziative per promuovere la ricerca in campo oncologico: da quella di base preclinica ad approcci traslazionali ed epidemiologici, sino alle sperimentazioni cliniche;

32) ad attivare in sede europea, di concerto con gli altri Stati membri, ogni iniziativa utile a implementare la lotta al cancro e sostenere la ricerca scientifica per la scoperta di terapie sempre più innovative, mirate ed adatte ai casi specifici di ogni paziente;

33) a sostenere la lotta al cancro infantile, facendone assoluta priorità e valutando l'istituzione di un fondo permanente per il sostegno ai piccoli pazienti oncologici, alle loro famiglie e a tutte le associazioni del terzo settore impegnate all'interno degli istituti oncologici pediatrici, nonché a definire ed organizzare, per i pazienti oncologici pediatrici guariti, programmi di controllo per la gestione del «guarito» e degli eventuali effetti a distanza nonché a definire misure per la presa in carico durante il periodo di transizione tra l'età pediatrica e quella adulta;

34) a favorire una sempre maggiore connessione fra le autorità sanitarie e regolatorie nazionali e le associazioni dei pazienti, al fine di assicurare un regolare utilizzo dei *Patient reported outcomes* (Pro), ovvero gli esiti riferiti al paziente, un approccio metodologico volto a cogliere il punto di vista fisico, mentale e sociale del paziente su un trattamento o una tecnologia sanitaria;

35) ad adottare le iniziative di competenza per dare completa attuazione alla legge n. 29 del 22 marzo 2019 recante l'istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione completando il Registro nazionale tumori assicurandone un corretto funzionamento anche attraverso un corretto e completo trasferimento dei dati regionali al data base nazionale;

36) a dare piena attuazione all'accordo Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, dal momento che uno dei principali obiettivi della Rete oncologica è costituito dalla condivisione e dallo scambio di informazioni cliniche al suo interno, valutando la possibilità di superare l'automatica applicazione del modello *Hub&Spoke*, che fino ad oggi ha impedito una reale attivazione delle reti oncologiche in molte regioni e proponendo modelli alternativi, come quello del *Comprehensive Cancer Network*, basato su PDTA regionali vincolanti, attraverso una armonizzazione normativa dei rimborsi regionali, attribuiti al percorso diagnostico terapeutico e non solo alla singola prestazione, che potrebbe essere resa al cittadino, in maniera coordinata, in uno dei centri assistenziali previsti nel percorso diagnostico-terapeutico del *network* assistenziale a lui più agevolmente accessibili;

37) ad assumere iniziative volte a promuovere scambi di informazioni scientifiche e terapeutiche tra le varie strutture sanitarie al fine di migliorare l'appropriatezza dell'offerta sanitaria relativa alle specificità dei diversi tumori e a favorire lo sviluppo di lettura scientifica nazionale confrontabile con dati europei e internazionale;

38) a porre in essere, per quanto di competenza, iniziative volte a consentire l'effettivo e facile accesso delle persone con disabilità ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oncologiche, assicurando l'adozione di misure organizzative e la disponibilità di strutture e apparecchiature di *screening* e diagnosi idonee a rispondere ai differenti bisogni di accessibilità, anche promuovendo progetti per favorire lo sviluppo di macchine per l'effettuazione di test diagnostici che risultino adeguate alle esigenze delle donne con disabilità;

39) ad adottare, per quanto di competenza, le iniziative per garantire ai pazienti oncologici adeguati strumenti di sostegno psicologico, sia al momento della diagnosi, sia durante e in seguito ai trattamenti sanitari a cui devono sottoporsi;

40) ad assumere le iniziative opportune a realizzare campagne di informazione e raccolta di dati che consentano di mettere in campo strategie di prevenzione mirate, tenuto conto anche delle specificità territoriali che influiscono su abitudini di vita, fattori ambientali, qualità dell'aria e dell'ambiente urbano e di lavoro.

(1-00427) (Nuova formulazione) «[Lapia](#), [Bologna](#), [Villani](#), [Vanessa Cattoi](#), [Carnevali](#), [Bagnasco](#), [Noja](#), [Rospì](#), [Stumpo](#), [Schullian](#), [Rizzone](#), [Ruggiero](#), [Nappi](#), [M isiti](#), [Penna](#), [Sportiello](#), [Mammì](#), [D'Arrando](#), [Lorefice](#), [Provenza](#), [Comaroli](#), [Boldi](#), [De Martini](#), [Foscolo](#), [Lazzarini](#), [Panizzut](#), [Paolin](#), [Sutto](#), [Tiramani](#), [Zanella](#), [Fiorini](#), [Lorenzin](#), [Si ani](#), [De Filippo](#), [Iano](#), [Rizzo Nervo](#), [Pini](#), [Lepri](#), [Versace](#), [Novelli](#), [Elvira Savino](#), [Bond](#), [Brambilla](#), [Rostan](#), [Baldini](#), [Fregolent](#), [Ungaro](#), [Marco Di Maio](#), [Occhionero](#), [Vitiello](#), [Annibali](#), [Del Barba](#), [Gadda](#), [Giachetti](#), [Librandi](#), [Marino](#), [Moretto](#), [Nobili](#), [Silli](#), [Benigni](#), [Della Frera](#), [Gagliardi](#), [Napoli](#), [Pedrazzini](#), [Ruffino](#), [Sorte](#), [Termini](#), [Berardini](#), [Trizzino](#), [Lombardo](#), [Ermellino](#), [Cardinale](#), [Sapia](#), [Costanzo](#), [De Girolamo](#), [Sarli](#), [Menga](#), [Paxia](#), [Pezzopane](#), [Ferri](#), [Boldrini](#), [Ciagà](#)».