



Giunte e Commissioni

RESOCONTO SOMMARIO

n. 460

Resoconti

Allegati

**GIUNTE E COMMISSIONI**

Sedute di giovedì 26 novembre 2020

## I N D I C E

### Commissioni riunite

8 <sup>a</sup> (Lavori pubblici, comunicazioni) e 10 <sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo):		
<i>Plenaria</i> . . . . .	<i>Pag.</i>	3

### Commissioni permanenti

1 <sup>a</sup> - Affari costituzionali:		
<i>Ufficio di Presidenza (Riunione n. 119)</i> . . . . .	<i>Pag.</i>	8
5 <sup>a</sup> - Bilancio:		
<i>Plenaria</i> . . . . .	»	9
8 <sup>a</sup> - Lavori pubblici, comunicazioni:		
<i>Ufficio di Presidenza (Riunione n. 72)</i> . . . . .	»	11
12 <sup>a</sup> - Igiene e sanità:		
<i>Plenaria</i> . . . . .	»	12

---

*N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-PiùEu-A.*

## COMMISSIONI 8<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> RIUNITE

**8<sup>a</sup> (Lavori pubblici, comunicazioni)**

**10<sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo)**

Giovedì 26 novembre 2020

**Plenaria**

**6<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente della 8<sup>a</sup> Commissione*  
**COLTORTI**

*La seduta inizia alle ore 10,45.*

*IN SEDE CONSULTIVA SU ATTI DEL GOVERNO*

**Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante regolamento per l'individuazione degli attivi di rilevanza strategica nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni (n. 220)**

(Parere al Ministro per i rapporti con il Parlamento, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 15 marzo 2012, n. 21, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 maggio 2012, n. 56. Esame e rinvio)

Il presidente GIROTTO, relatore per la 10<sup>a</sup> Commissione, ricorda che la disciplina dei poteri speciali attribuiti al Governo in relazione agli attivi strategici nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni è contenuta nell'articolo 2 del decreto-legge n. 21 del 2012, modificato dal decreto-legge n. 105 del 2019, che demanda a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri l'individuazione delle reti e degli impianti, ivi compresi quelli necessari ad assicurare l'approvvigionamento minimo e l'operatività dei servizi pubblici essenziali, dei beni e dei rapporti di rilevanza strategica per l'interesse nazionale nei settori suddetti ai quali applicare la disciplina dei poteri speciali. Con lo stesso provvedimento devono essere inoltre individuati la tipologia di atti od operazioni all'interno di un medesimo gruppo ai quali non si applica la disciplina in questione.

In base alle disposizioni contenute negli ulteriori commi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 21, un'impresa che detiene uno o più degli attivi indi-

viduati nel DPCM ha l'obbligo di notificare alla Presidenza del Consiglio dei ministri le delibere, gli atti o le operazioni adottati, che abbiano per effetto modifiche della titolarità, del controllo o della disponibilità degli attivi medesimi o il cambiamento della loro destinazione. Sono comprese le delibere dell'assemblea o degli organi di amministrazione che abbiano ad oggetto la fusione o la scissione della società, il trasferimento all'estero della sede sociale, la modifica dell'oggetto sociale, lo scioglimento della società, la modifica di clausole statutarie, il trasferimento dell'azienda o di rami di essa in cui siano compresi i suddetti attivi o l'assegnazione degli stessi a titolo di garanzia. Gli obblighi di notifica riguardano anche le delibere dell'assemblea o degli organi di amministrazione concernenti il trasferimento di società controllate che detengono i predetti attivi.

I soggetti esterni all'Unione europea sono poi tenuti a notificare l'acquisto a qualsiasi titolo di partecipazioni in società che detengono attivi individuati come strategici, di rilevanza tale da determinare l'insediamento stabile dell'acquirente in ragione dell'assunzione del controllo della società la cui partecipazione è oggetto dell'acquisto.

Qualora le delibere, gli atti e le operazioni notificati diano luogo ad una situazione eccezionale, non disciplinata dalla normativa nazionale ed europea di settore, di minaccia di grave pregiudizio per gli interessi pubblici relativi alla sicurezza e al funzionamento delle reti e degli impianti e alla continuità degli approvvigionamenti o, nel caso di operazioni effettuate da soggetti esterni all'Unione europea, possano inoltre comportare un pericolo per la sicurezza e l'ordine pubblico, il Governo può esercitare i poteri speciali, consistenti, a seconda dei casi, nell'espressione del veto all'adozione di taluni atti, nell'imposizione di specifiche prescrizioni o condizioni, nell'opposizione all'acquisto delle partecipazioni.

Lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in esame è stato dunque predisposto in attuazione dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge n. 21 ed è volto ad individuare gli attivi di rilevanza strategica nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni.

L'atto, che si compone di 4 articoli, riprende, con taluni ampliamenti in relazione ai settori dell'energia e dei trasporti, i contenuti del decreto del Presidente della Repubblica n. 85 del 2014, che ha disciplinato fino ad ora la materia e la cui efficacia cesserà con l'entrata in vigore dell'atto in esame.

L'articolo 1 individua gli attivi di rilevanza strategica per il settore energetico nazionale nelle reti energetiche di interesse nazionale e nei relativi rapporti convenzionali.

In particolare, sono inclusi in tali attivi la rete nazionale di trasporto del gas naturale, le relative stazioni di compressione e centri di dispacciamento, nonché gli impianti di stoccaggio.

Analogamente, per quanto riguarda il settore elettrico, sono menzionate la rete nazionale di trasmissione dell'energia elettrica e i relativi impianti di controllo e dispacciamento.

Rientrano inoltre tra gli attivi di rilevanza strategica le infrastrutture che consentono l'approvvigionamento di energia elettrica e di gas dall'estero, compresi gli impianti di rigassificazione di GNL *onshore* e *offshore*.

Sono infine inclusi tra gli attivi strategici anche le attività di gestione e gli immobili fondamentali connessi all'utilizzo delle reti e delle infrastrutture sopra individuate. L'inserimento dei suddetti immobili fondamentali costituisce l'unico elemento di novità rispetto alla disciplina contenuta nel vigente DPR n. 85 del 2014.

La senatrice VONO (*IV-PSI*), relatrice per la 8<sup>a</sup> Commissione, si sofferma sull'articolo 2, che individua gli attivi di rilevanza strategica nel settore dei trasporti nelle grandi reti ed impianti di interesse nazionale, destinati anche a garantire i principali collegamenti transeuropei e nei relativi rapporti convenzionali.

In particolare, continuano ad essere inclusi tra gli attivi di rilevanza strategica i porti e gli aeroporti di interesse nazionale e la rete ferroviaria nazionale di rilevanza per le reti transeuropee, già previsti dal DPR n. 85.

Innovando rispetto alla normativa vigente, lo schema in esame inserisce però tra gli attivi anche gli spaziorporti nazionali, gli interporti di rilievo nazionale e le reti stradali e autostradali di interesse nazionale.

La relazione illustrativa sottolinea la natura strategica dello spaziorporto, quale infrastruttura necessaria per effettuare operazioni di trasporto suborbitale e per l'accesso allo spazio, volta a garantire anche lo sviluppo sostenibile del settore dei voli suborbitali commerciali. Di qui la decisione di includere anche gli spaziorporti tra gli assetti di rilevanza strategica, in quanto nodi essenziali per l'autonomo accesso allo spazio, in attuazione di tutte le politiche di governo relative alla cosiddetta «*space economy*». Viene anche ricordato che lo spaziorporto di Taranto Grottaglie è già identificato quale infrastruttura strategica nazionale ai sensi del decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti n. 250 del 2018.

La stessa logica è alla base dell'introduzione tra gli attivi di rilevanza strategica degli interporti di rilievo nazionale, in considerazione della loro natura di snodi essenziali tra i porti e le ferrovie.

Per quanto riguarda invece l'inclusione delle reti stradali ed autostradali di interesse nazionale, la relazione sottolinea come lo schema di fatto recepisca e confermi a regime quanto stabilito in via transitoria dall'articolo 4-*bis*, comma 3-*bis*, del decreto-legge n. 105 del 2019, con il quale si è previsto che, fino al 31 dicembre 2020, siano soggetti agli obblighi di notifica di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 21 anche i beni e i rapporti nei settori indicati nel paragrafo 1, lettera *a*), dell'articolo 4 del regolamento (UE) 2019/452 (che istituisce un quadro per il controllo degli investimenti esteri diretti), vale a dire il settore delle infrastrutture critiche, fisiche o virtuali, tra le quali è menzionato proprio il settore dei trasporti. La relazione evidenzia che l'inclusione delle reti stradali ed autostradali tra gli *asset* strategici individuati dal presente schema, oltre a confermare a regime il campo applicativo già vigente, completa l'elenco dei beni e attivi rilevanti nel settore dei trasporti, «consentendo di affinare, al fianco

e in sinergia con i presidi previsti dal regime concessorio, la tutela degli interessi statali», in linea con quanto avviene con riguardo agli altri settori regolati in regime di concessione, quali porti, aeroporti e infrastrutture ferroviarie, che in base alla normativa vigente sono già individuati quali attivi strategici.

Per quanto riguarda il settore delle comunicazioni, l'articolo 3 – confermando la disciplina vigente – individua gli attivi di rilevanza strategica nelle reti dedicate e nella rete di accesso pubblica agli utenti finali in connessione con le reti metropolitane, i *router* di servizio e le reti a lunga distanza, nonché negli impianti utilizzati per la fornitura dell'accesso agli utenti finali dei servizi che rientrano negli obblighi del servizio universale e dei servizi a banda larga e ultra larga e nei relativi rapporti convenzionali.

Sono fatte salve le disposizioni contenute in talune direttive europee in materia di trattamento dei dati personali e di tutela dei diritti degli utenti del servizio universale e delle comunicazioni elettroniche.

È infine precisato che rientrano tra gli attivi strategici anche gli elementi dedicati, anche laddove l'uso non sia esclusivo, per la connettività (fonia, dati e video), la sicurezza, il controllo e la gestione relativi a reti di accesso di telecomunicazioni in postazione fissa.

L'articolo 4 – anch'esso identico alla disciplina vigente – specifica che, fermo restando l'obbligo di notifica, i poteri speciali inerenti gli attivi strategici nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni si applicano nella misura in cui la tutela degli interessi essenziali dello Stato, ivi compresi quelli connessi ad un adeguato sviluppo infrastrutturale, non sia adeguatamente garantita dalla sussistenza di una specifica regolamentazione di settore, anche di natura convenzionale connessa ad uno specifico rapporto concessorio.

Sono quindi individuate le tipologie di atti e operazioni infragruppo in relazione alle quali la disciplina dei poteri speciali non trova applicazione. In particolare, fermi restando gli obblighi di notifica e di comunicazione, è previsto che restino esclusi gli atti e le operazioni riguardanti fusioni, scissioni, incorporazioni o cessioni, anche di quote di partecipazione, quando le relative delibere dell'assemblea o degli organi di amministrazione non comportino il trasferimento dell'azienda o di rami di essa o di società controllata, trasferimenti della sede sociale, mutamento dell'oggetto sociale, scioglimento della società, modifica di clausole statutarie, costituzione o cessione di diritti reali o di utilizzo relativi a beni materiali o immateriali o assunzione di vincoli che ne condizionano l'impiego.

Le suddette esclusioni non si applicano in presenza di informazioni circa la minaccia di un grave pregiudizio per gli interessi pubblici relativi alla sicurezza e al funzionamento delle reti e degli impianti e alla continuità degli approvvigionamenti.

La senatrice TIRABOSCHI (*FIBP-UDC*) chiede che i lavori delle Commissioni riunite siano programmati in maniera tale da garantire un tempo adeguato per approfondire le importanti tematiche oggetto dell'atto in esame.

I senatori RUFA (*L-SP-PSd'Az*) e FEDE (*M5S*) chiedono di verificare la possibilità di acquisire informazioni relative agli attivi nel settore energetico e delle comunicazioni.

Il seguito dell'esame è rinviato.

*SUI LAVORI DELLE COMMISSIONI RIUNITE*

La senatrice TIRABOSCHI (*FIBP-UDC*) interviene sui lavori delle Commissioni riunite per chiedere quale seguito si intenda dare all'indagine conoscitiva sull'intelligenza artificiale. In particolare, andrebbe verificata la ripartizione delle competenze su tale tema in seno all'Esecutivo – constatato il grado di frammentarietà con cui il tema dell'intelligenza artificiale viene trattato a livello nazionale e dell'Unione europea – e quale sia il disegno di politica industriale sotteso. Chiede infine di approfondire la notizia recentemente riportata dagli organi di informazione, secondo la quale, nel testo della manovra di bilancio ci sarà una disposizione sul Polo dell'intelligenza artificiale che avrà sede a Torino.

Il PRESIDENTE informa che le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'intelligenza artificiale proseguiranno la prossima settimana.

*La seduta termina alle ore 11,05.*

## **AFFARI COSTITUZIONALI (1<sup>a</sup>)**

Giovedì 26 novembre 2020

**Ufficio di Presidenza integrato  
dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari**

**Riunione n. 119**

*Presidenza del Presidente*  
**PARRINI**

*Orario: dalle ore 9,05 alle ore 9,25*

*AUDIZIONI INFORMALI IN VIDEOCONFERENZA SULL’AFFARE ASSEGNATO: MODALITÀ PIÙ EFFICACI PER L’ESERCIZIO DELLE PREROGATIVE COSTITUZIONALI DEL PARLAMENTO NELL’AMBITO DI UN’EMERGENZA DICHIARATA (N. 588)*



**BILANCIO (5<sup>a</sup>)**

Giovedì 26 novembre 2020

**Plenaria****354<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
PESCO

*Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Baretta.*

*La seduta inizia alle ore 9,10.*

**INTEGRAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA****Elezione di un segretario**

La Commissione procede alla votazione per l'elezione di un Segretario.

Partecipano alla votazione i senatori Rossella ACCOTO (M5S), Laura BOTTICI (M5S), COMINCINI (IV-PSI), Donatella CONZATTI (IV-PSI), DAMIANI (FIBP-UDC), DE CARLO (Fdl), DELL'OLIO (M5S), Elena TESTOR (L-SP-PSd'Az), in sostituzione di Antonella Faggi, Roberta FERRERO (L-SP-PSd'Az), FERRO (FIBP-UDC), Agnese GALLICCHIO (M5S), MANCA (PD), NANNICINI (PD), PESCO (M5S), Roberta TOFFANIN (FIBP-UDC), in sostituzione di Pichetto Fratin, PRESUTTO (M5S), Erica RIVOLTA (L-SP-PSd'Az), SACCONI (FIBP-UDC), STEGER (Aut (SVP-PATT, UV)), TOSATO (L-SP-PSd'Az) e ZULIANI (L-SP-PSd'Az).

Risulta eletto, con 14 voti, il senatore Damiani. Risultano altresì 7 schede bianche.

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(1994) Conversione in legge del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19**

(Parere alle Commissioni 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> riunite. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame sospeso nella seduta del 24 novembre.

Il relatore PRESUTTO (*M5S*) richiama il contenuto della proposta di parere illustrata nella seduta di martedì.

Il sottosegretario BARETTA esprime al riguardo un avviso favorevole.

La senatrice FERRERO (*L-SP-PSd'Az*) chiede di valutare il rinvio della votazione della proposta, al fine di consentire un ulteriore approfondimento dell'articolata nota messa a disposizione dal Governo.

Il PRESIDENTE, accogliendo la richiesta, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 9,30.*

## **LAVORI PUBBLICI, COMUNICAZIONI (8<sup>a</sup>)**

Giovedì 26 novembre 2020

**Ufficio di Presidenza integrato  
dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari**

**Riunione n. 72**

*Presidenza del Presidente*  
**COLTORTI**

*Orario: dalle ore 11,10 alle ore 11,25*

*PROGRAMMAZIONE DEI LAVORI*

## IGIENE E SANITÀ (12<sup>a</sup>)

Giovedì 26 novembre 2020

### Plenaria

#### 182<sup>a</sup> Seduta

*Presidenza della Presidente*  
PARENTE

*Interviene il vice ministro della salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 8,45.*

#### AFFARI ASSEGNATI

##### **Iniziative per favorire il ritorno alla normalità delle cure e il riconoscimento dei diritti dei malati oncologici (n. 613)**

(Seguito e conclusione dell'esame, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, primo periodo, e per gli effetti di cui all'articolo 50, comma 2, del Regolamento. Approvazione della risoluzione: *Doc. XXIV*, n. 29)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La PRESIDENTE comunica che le relatrici hanno predisposto una nuova proposta di risoluzione (pubblicata in allegato), che tiene conto dei suggerimenti emersi nel corso del dibattito sinora svolto.

Prende atto la Commissione.

Riprende il dibattito.

La senatrice CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*) richiama la necessità di intervenire senza ulteriore indugio, come già sottolineato in più occasioni, per il recupero dei milioni di prestazioni sospese durante il *lockdown* e prioritariamente a garanzia di appropriata presa in carico delle categorie di pa-

zienti più fragili, con misure adeguate di governo del rischio di quella che è, al contempo, una co-pandemia cronica-infiammatoria ed infettiva. Per il fine, nel rimarcare l'ampia condivisione dell'impianto dello schema di risoluzione, rileva che si potrebbe andare ad incidere con maggiore concretezza in termini di azioni immediatamente processabili nell'attuale congiuntura, rivedendo in modo mirato le regole di ingaggio delle strutture erogatrici in correlazione al *benefit* di cui all'articolo 9 del decreto-legge n. 149, in sede di conversione dei cosiddetti decreti ristori. Auspica, in proposito, un'iniziativa emendativa condivisa dei componenti della Commissione, in chiave di convergenza istituzionale tra maggioranza e opposizione, volta a far valere il principio in forza del quale – se si è erogatori a contratto e in pandemia non si è prodotto quanto previsto in ordinarietà – si può essere richiesti di fornire quelle prestazioni ed interventi intra ed extra ospedalieri di cui v'è assoluta necessità, test diagnostici e *screening* compresi, fino a raggiungimento del *budget*, al netto dei costi fissi. Osserva che ciò metterebbe le Regioni e le Province Autonome in condizione di disporre di meccanismi negoziali efficaci e non eludibili.

In questo modo, ritiene che si verrebbero a ristorare e a colmare le carenze della rete sanitaria e socio sanitaria, eliminando privilegi destinati a pochi operatori a favore di una più equilibrata ed effettiva concorrenza tra pubblico e privato, a tutela di tutti i pazienti e in particolare di quelli più fragili, come gli oncologici.

Reputa che chi aderisce al *benefit* dovrebbe essere tenuto a fornire, secondo un principio di aderenza territoriale, presidio per presidio, le prestazioni richieste, attualizzate ai bisogni di periodo, e altresì le informazioni economiche e di attività essenziali affinché si possa dar corso a un sistema di tracciabilità degli impieghi, necessario alla costruzione, nel medio periodo, di un *rating* prestazionale, che consenta di superare secondo merito assistenziale la logica dei *budget* storicizzati e delle funzioni non tariffabili. È dell'avviso che si potrebbe promuovere una prima applicazione grazie all'approvanda risoluzione, partendo dalle prestazioni di prevenzione, assistenza e cura delle malattie oncologiche. Saggiunge che l'adeguamento normativo dovrebbe essere esteso anche al settore socio sanitario ed assistenziale, potendosi così garantire il potenziamento delle degenze estensive a bassa complessità per pazienti oncologici che non necessitano di ospedalizzazione per acuti, ma le cui fragilità in ambito oncologico suggeriscono una permanenza in strutture per lungo degenza di area intermedia, salvaguardandone l'universalità. Si potrebbe così, a suo giudizio, incrementare efficacemente l'offerta di prestazioni residenziali, semi residenziali e domiciliari e di tutti gli altri interventi sanitari e socio sanitari, non solo ambulatoriali e di test diagnostici, strettamente connessi al Covid-19. Segnala che, in questo modo, le Regioni e le Province autonome potrebbero riconoscere anche alle strutture socio sanitarie, *in primis* alle Residenze Sanitarie Assistenziali, agganciandolo al potenziamento dell'offerta dedicata al paziente oncologico geriatrico, il *budget* previsto dal contratto.

Osserva che l'integrazione proposta troverebbe ideale collocazione al punto 5) dello schema di risoluzione, ma ritiene che è in sede di conversione del «decreto ristori», al fine dell'inserimento delle previsioni correttive promosse, che occorre intervenire. Reputa che questo sarebbe un primo passo tangibile verso quel sistema di attuazione e garanzia dei LEA in oncologia che è la finalità ultima della proposta di risoluzione in esame, passo che si potrebbe muovere grazie a un ordine del giorno condiviso che impegni il Governo all'inserimento delle previsioni prospettate in uno dei decreti *in itinere*.

La senatrice RIZZOTTI (*FIBP-UDC*) ringrazia le relatrici per l'impegno profuso, in particolare per aver posto attenzione su un tema fondamentale, specie in un periodo di emergenza epidemiologica, durante il quale tutte le Associazioni di categoria si sono sentite abbandonate per la mancanza di assistenza domiciliare e specialistica. Ribadisce che le necessità dei pazienti oncologici sono determinate anzitutto dagli esami di controllo e dalle terapie. Saggiunge che la *ratio* della proposta di risoluzione è ampiamente condivisa e che, a suo avviso, il documento rappresenta un programma per l'attuazione di un percorso diagnostico e terapeutico adatto ai pazienti oncologici, per i quali sarebbe importante anche ricevere i farmaci presso le farmacie, evitando di recarsi in ospedale. Lamenta inoltre la mancata attuazione negli ospedali di percorsi differenziati per malati COVID e non COVID.

Da ultimo, giudica gli impegni contenuti nella proposta di risoluzione alla stregua di un percorso di rinnovamento per il sistema sanitario nazionale, da supportare con maggiori risorse.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento, la PRESIDENTE dichiara chiuso il dibattito e cede la parola alle relatrici per la replica.

La relatrice BOLDRINI (*PD*) ringrazia per gli apprezzamenti espressi sul lavoro svolto e, riferendosi all'intervento della senatrice Rizzotti, ne condivide la valutazione quanto al percorso di rinnovamento delineato nella proposta in esame.

Auspica che, approvato lo schema di risoluzione, si possa successivamente avere contezza dell'attuazione degli impegni assunti dal Governo.

Infine, chiede alla senatrice Cantù di chiarire se il suo intervento nella discussione sottenda una richiesta di integrazione dello schema di risoluzione.

La relatrice BINETTI (*FIBP-UDC*) fa presente che un lavoro di perfezionamento del testo, anche nella parte dispositiva, può essere sempre possibile, ma osserva che nell'intendimento delle relatrici la risoluzione deve puntare a due risultati fondamentali: dare attenzione non solo ai malati COVID, ma anche ai pazienti oncologici, e definire il Piano nazionale

delle malattie oncologiche. Nel sottolineare la concretezza dei temi testé richiamati, ritiene che l'atto di indirizzo che la Commissione si accinge a votare debba valere come un appello forte, rivolto all'Esecutivo, a non lasciar indietro nessun malato.

La senatrice CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*) chiarisce che, a suo avviso, le indicazioni contenute nella proposta di risoluzione, ampiamente condivise da maggioranza e opposizione, non devono rappresentare un punto di arrivo: esse, oltre a fungere da impulso al Governo per potenziare le prestazioni sanitarie, preludono negli auspici a ulteriori iniziative parlamentari *bipartisan* in sede di conversione del «d.l. ristori». Non ritiene pertanto indispensabile integrare lo schema di risoluzione.

La PRESIDENTE invita il rappresentante del Governo a pronunciarsi sul testo, relativamente alle parti del dispositivo introdotte a seguito della seduta di ieri.

Il viceministro SILERI chiede una riformulazione del punto 17) della parte dispositiva (sostituire le parole «a definire i tempi di emanazione del» con le seguenti: «a emanare celermente il»); quanto alle restanti integrazioni della parte dispositiva, esprime parere favorevole, fatta eccezione per i punti 18) e 19), dei quali chiede l'espunzione dal testo.

La relatrice BOLDRINI (*PD*) accetta le modificazioni richieste, esprimendo l'auspicio che il Governo aggiorni la Commissione sullo stato di attuazione del registro nazionale tumori.

Anche la relatrice BINETTI (*FIBP-UDC*) accetta le modificazioni richieste, facendo rilevare che la Commissione monitorerà l'adempimento degli impegni assunti, nell'esercizio delle proprie prerogative. Nel ringraziare per la collaborazione ricevuta, plaude all'impegno di tutta la Commissione in favore dei pazienti oncologici.

Poiché non vi sono altre richieste d'intervento, accertata la presenza del numero legale, la PRESIDENTE pone in votazione lo schema di risoluzione, nel testo risultante dalle modificazioni accettate delle relatrici, *pubblicato in allegato*, che risulta approvato.

La Presidente rileva che la Commissione ha deliberato all'unanimità.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

La PRESIDENTE comunica che nel corso della prossima settimana sarà oggetto di esame il decreto «ristori *ter*» (Atto Senato n. 2027), assegnato alla Commissione in sede consultiva. Saranno inoltre trattati gli altri argomenti già inseriti nella programmazione dei lavori, compatibilmente

con il regime limitativo dell'attività delle Commissioni stabilito dalla Conferenza dei Capigruppo.

Prende atto la Commissione.

*La seduta termina alle ore 9,15.*



## **RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE SULL’AFFARE ASSEGNATO N. 613 (Doc. XXIV, n. 29)**

La Commissione,

premesso che:

considerando l’emergenza sanitaria causata dall’epidemia da coronavirus, la celebrazione della giornata nazionale del malato oncologico del 17 maggio 2020 si è svolta «a distanza» e le associazioni si sono confrontate sul documento programmatico realizzato dalla FAVO (Federazione delle associazioni di volontariato oncologico) e dalle relative società scientifiche con l’obiettivo di capire come superare l’emergenza da COVID-19 e favorire il ritorno alla normalità delle cure e al riconoscimento dei diritti dei malati di cancro;

la Giornata nazionale del malato oncologico, istituita con direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 gennaio 2006 e modificata successivamente con direttiva del 5 marzo 2010, si celebra ogni anno nella terza domenica di maggio ed è dedicata al malato, agli *ex* malati, ai sopravvissuti al cancro e a tutti coloro che hanno vissuto da vicino la malattia condividendone ansie, preoccupazioni, speranze;

recentemente inoltre si è aperto un Tavolo Tecnico fra il Governo e la federazione degli oncologi, cardiologi e ematologi (FOCE), per garantire ai pazienti più fragili la continuità di cura in emergenza Covid; un tavolo per la tutela degli oltre 11 milioni di persone con malattie oncologiche e cardiologiche che si concentrerà prevalentemente su otto punti identificati concordemente dai clinici impegnati su questo particolarissimo fronte;

anche il progetto «La Salute un bene da difendere, un diritto da promuovere» coordinato da Salute Donna Onlus attraverso il suo «Accordo di legislatura» in 15 punti – presentato prima delle elezioni del 2018 – ha sollecitato le istituzioni e l’intergruppo parlamentare «Insieme per un impegno contro il cancro» a lavorare per una migliore presa in carico dei pazienti oncologici anche nel pieno dell’emergenza Covid-19 e a muovere così un deciso passo avanti nella governance del cancro;

la prima ondata della pandemia infatti ha causato importanti disagi e ripercussioni a carico dei pazienti oncologici, ematologici e cardiologici, che indubbiamente corrono maggiori rischi nel corso della seconda ondata;

rilevato che:

ogni anno circa 413.000 cittadini in Italia muoiono per malattie cardiovascolari, oncologiche e onco-ematologiche e 153.000 per altre patologie (respiratorie, neurologiche, endocrino-metaboliche, psichiche, ga-

strointestinali ed infettive), per un totale di 566.000 decessi; il Covid ha finora determinato oltre 45.000 morti;

per evitare che aumenti la mortalità per patologie non Covid è fondamentale garantire la continuità delle cure in totale sicurezza, per proteggere soprattutto i pazienti più fragili, in particolare quelli colpiti da tumore e malattie cardiovascolari;

ogni anno, in Italia, circa 370.000 cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50 per cento dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50 per cento una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia e le nuove terapie contro il tumore stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando, anche sensibilmente, la vita dei malati senza speranza di guarigione. Ma, se da una parte i vantaggi del progresso scientifico hanno cancellato l'ineluttabile equazione «cancro uguale morte», dall'altra sono sorti nuovi problemi che riguardano proprio la vita dei malati: uomini e donne di qualsiasi età, di qualsiasi condizione sociale, sono diventati i protagonisti di una lotta al proprio cancro che coinvolge quotidianamente il loro corpo e la loro mente. Si tratta di una lotta difficile e coraggiosa contro quella che le associazioni di volontariato oncologico hanno definito la «nuova disabilità di massa», in quanto il prolungamento della vita dei malati che non guariscono costituisce un problema sociale di grande rilevanza;

accesso alle terapie, riabilitazione e qualità della vita, difficoltà nel rapporto medico-paziente, cure palliative e terapia del dolore, diritti sul lavoro e corretta informazione ai pazienti sono solo alcune delle problematiche che vengono sollevate e approfondite di anno in anno e per tale motivo la Giornata rappresenta l'occasione di portare all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica i bisogni dei malati oncologici e dei loro familiari;

ancor prima dell'emergenza COVID era già chiaro come fosse urgente fare una riflessione sui costi economici e sociali del cancro per i pazienti e le famiglie, per evidenziare l'entità e le caratteristiche dei costi e dei disagi nelle loro linee generali e consentire l'elaborazione di stime di impatto complessivo sul sistema Paese, anche alla luce del raffronto con i valori e i dati raccolti fino ad allora. Di grande interesse per la tutela della salute del paziente oncologico è tenere sotto controllo il disagio economico e il disagio psicologico;

concretamente sono stati evidenziati due livelli di disagio economico: il disagio economico di base, e cioè la misurazione di un primo livello di difficoltà economiche, legato alla quotidianità della vita del paziente e della sua famiglia, e il disagio economico rilevante, proprio delle spese affrontate per far fronte alla patologia fin dal momento della sua diagnosi. Analogamente, per l'ambito psicologico occorre tener presente il disagio psicologico di base, cioè la misurazione di un primo livello di disagio psicologico, a partire dal profilo psicologico del paziente e il disagio psicologico rilevante, che ha origine nella diagnosi tumorale. In

una indagine costruita *ad hoc* su 1.289 pazienti risulta che il 70 per cento dei pazienti intervistati manifesta condizioni di disagio economico e il 50 per cento rivela un disagio psicologico;

nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione da COVID-19 risulta più sfavorevole sia sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia intensiva, che nell'incidenza dei decessi; una *review* dell'«*European journal of cancer*» riferisce di un tasso di mortalità complessivo pari al 25,6 per cento; tasso che aumenta fino al 35 per cento se il tumore è in fase attiva. In Italia l'associazione tra tumore e COVID-19 ha fatto registrare il 12 per cento dei decessi durante la pandemia (rapporto Istat – Istituto superiore di sanità «Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2», 16 luglio 2020);

sotto il profilo della prevenzione e della possibilità di ottenere una diagnosi precoce, bisogna tener conto che a causa dell'emergenza da COVID le biopsie sono diminuite del 52 per cento, le visite presso i reparti di oncologia si sono ridotte del 57 per cento e si sono registrati ritardi per il 64 per cento degli interventi chirurgici. Concretamente in Italia, nei primi 5 mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di *screening* in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (dati AIOM ed ESMO 2020). Ovviamente ciò ha comportato non solo una netta riduzione delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma anche la tardività della diagnosi, fatta quando la patologia era già in fase avanzata e quindi meno curabile, dal momento che l'individuazione di tali neoplasie in fase avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati;

considerato che:

i pazienti e i professionisti hanno imparato a fare ricorso alla telemedicina, apprezzata dall'80 per cento di loro, sebbene i risultati non siano ancora pienamente soddisfacenti, né sul piano clinico, né sul piano della relazione tra medico e paziente. Gli effetti negativi della pandemia sull'assistenza per i pazienti neoplastici vanno considerati in un più ampio contesto generale di gravi carenze strutturali e di altrettanto gravi ritardi nell'adeguamento e nell'ammodernamento, tecnologico e di processo, del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico;

per tutti i pazienti, in particolare per i malati oncologici, persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, che è strutturalmente contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che sta generando ulteriori disparità nella disponibilità dell'innovazione. Molta della strumentazione diagnostica appare obsoleta. Ad esempio, degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 hanno un'età compresa tra i 5 e i 10 anni e 726 superano i 10 anni. Quindi si può ragionevolmente affermare che l'84 per cento di essi sono inadeguati a rilevare le lesioni in fase iniziale e diagnosticano solo falsi negativi;

i programmi di telemedicina che, durante l'emergenza sanitaria, hanno rappresentato una valida alternativa ai consulti e alle visite com-

presi nei percorsi di *follow up*, e che potrebbero diventare uno strumento per il potenziamento delle attività ordinarie, presentano un eccessivo grado di variabilità territoriale, addirittura nell'ambito di un medesimo servizio sanitario regionale;

tra i fattori di rischio a cui è più facilmente esposto il malato oncologico vi è poi la mancata integrazione tra ospedale e territorio, che costituisce ancora oggi uno degli ostacoli più gravi nel modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti cronici;

dopo aver faticosamente cercato di creare dei *tumoral board*, caratterizzati da competenze avanzate e integrate sotto il profilo multiculturale e interprofessionale, oggi appare evidente che se non si dà vita a *molecular tumoral board*, fortemente integrati con competenze scientifiche di alta qualità, sarà impossibile rendere operativo il piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche, che puntano all'inserimento della medicina personalizzata nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale. In questo senso si pone l'esigenza di disporre di centri per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), indispensabili per dar vita alla medicina personalizzata;

è urgente disporre in ogni regione di una rete oncologica che consenta il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno; ma le reti oncologiche oggi non sono ancora presenti in tutte le regioni e quelle finora costituite hanno livelli di sviluppo e di funzionamento decisamente disomogenee. L'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, potrebbe costituire un buono strumento di confronto e coordinamento tra le reti, se fosse completato con alcuni profili professionali indispensabili e se fosse più e meglio coordinato con il Ministero della salute;

il piano oncologico nazionale (PON), documento tecnico di indirizzo, è scaduto nel 2016; ma come accade per molti altri piani era stato elaborato almeno 5 anni prima e pubblicato nel 2013, il che ne fa uno strumento superato, anche alla luce dei progressi della scienza e della tecnica di questi ultimi anni. Anche l'*European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*, che raccoglie il risultato di 3 anni di lavoro della «*joint action*» promossa dalla Commissione europea e ha potuto contare sulla partecipazione degli esperti di venticinque Paesi membri, tra cui l'Italia, indica quali azioni prioritarie l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, per garantire uguaglianza nell'accesso alla diagnosi precoce, alla riabilitazione e alle tutele per i *survivor*. La Commissione europea entro il 2020 pubblicherà il primo piano oncologico europeo per definire un approccio comune al cancro, promuovendo l'elaborazione di soluzioni condivise e la condivisione di *best practice* e favorendo la circolazione della conoscenza e dei risultati della ricerca. Tra le cinque missioni del programma «*Horizon Europe*», una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo audace e stimolante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo *slogan* «*Cancer, mission possible*»;

le associazioni di volontariato dei pazienti, coordinate dalla FAVO, hanno evidenziato la necessità di procedere ad una nuova programmazione delle attività di cura e assistenza per i malati di cancro, che tenga anche conto dell'esperienza maturata durante i mesi difficili dell'emergenza da COVID-19, e che si basi su una presa in carico globale del paziente, sanitaria e sociale. La rete delle associazioni di volontariato dei pazienti creata dalla FAVO ha inoltre sottolineato l'urgenza di ripristinare i programmi di *screening* oncologico e i percorsi di *follow up* per i malati di cancro, non solo nell'ottica di recuperare il livello di assistenza precedente al periodo di *lockdown*, ma soprattutto per valorizzare la prevenzione e la sorveglianza sanitaria, indispensabili per una corretta allocazione delle risorse, che sia al tempo stesso efficiente ed efficace;

FOCE, come associazione di clinici di diversa specializzazione e competenza, ha fatto una proposta che ruota intorno ad otto punti chiave, che richiedono una progettualità condivisa anche a livello governativo: dalla netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid; alla necessità che tutte le strutture di oncologia medica, cardiologia ed ematologia rimangano pienamente operative anche a livello ambulatoriale, inclusa la preservazione della rete dell'emergenza cardiologica e dell'attività di chirurgia oncologica. Senza dimenticare l'assoluta necessità di assumere nuovi medici specialisti, cardiologi, oncologi e ematologi, attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato, la ripresa immediata degli screening oncologici in tutte le Regioni e la rifondazione della medicina territoriale attraverso strutture ad hoc e l'attivazione su tutto il territorio di programmi avanzati e strutturati di telemedicina;

in definitiva, l'emergenza COVID-19 obbliga, con estrema urgenza, a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, al necessario ammodernamento strutturale e di processo del Servizio sanitario nazionale, anche nell'ottica di delineare un nuovo sistema di offerta, valorizzando il rapporto tra volumi di attività delle strutture, esiti e sicurezza delle cure,

impegna il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale (PON), coordinato con il piano oncologico europeo di prossima adozione, che ponga al centro della programmazione le reti oncologiche regionali e la più vasta rete oncologica nazionale;

2) a monitorare la concreta attuazione del PON, delle azioni e dei contenuti programmatici previsti, con una vera e propria cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, anche mediante uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività, previa definizione dei criteri di assegnazione e di un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni;

4) ad attivare i necessari strumenti per il coordinamento, a livello nazionale, delle attività delle reti oncologiche regionali, nell'ottica di garantire l'efficacia del modello;

5) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, introducendo un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

6) a monitorare l'attuazione del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, laddove riconosce il ruolo e le funzioni della figura dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per prevedere un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare concretamente i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

7) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;

8) a promuovere l'istituzione di un tavolo tecnico inter-istituzionale per l'adozione di linee di indirizzo o linee guida per la telemedicina e per gli altri servizi della sanità digitale in generale e per il settore oncologico in particolare, nell'ottica di uniformare i programmi esistenti, predisponendo altresì adeguate forme di incentivazione;

9) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, nell'ottica di sviluppare e diffondere le terapie molecolari e le terapie geniche, tra cui la terapia CAR-T;

10) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 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 ed alla profilazione genica (anche mediante NGS, *Next-Generation Sequencing*), fondamentale per la personalizzazione della terapia in ambito oncologico, 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;

11) ad adottare iniziative per dare un nuovo impulso all'*iter* per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e a garantire il pieno funzionamento degli *European reference networks*, reti di riferimento per le malattie e i tumori rari a livello dell'Unione europea, anche attraverso specifici finanziamenti;

12) ad adottare nuove strategie comunicative che agiscano in modo integrato per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alle varie forme di riabilitazione socio-sanitaria per consentire ai pazienti un re-inserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

13) a trasformare una comunicazione prevalentemente verbale in una comunicazione multicanale: televisite, teleconsulti, videochiamate,

*chat* con i familiari, *video-meeting* tra gli operatori, maggior uso dello *smarthphone* e dei *tablet* anche in ospedale o nei servizi territoriali;

14) a facilitare la consegna di farmaci a domicilio per attivare una riduzione degli spostamenti che potrebbero creare un impatto negativo sui pazienti oncologici, in relazione all'approvvigionamento di farmaci in piano terapeutico. L'accesso del farmacista a domicilio consente di controllare l'assunzione, fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*;

15) ad avviare, come i clinici hanno concordemente chiesto, procedure velocissime di acquisizione di nuovi fondi per la Sanità, ingenti e immediatamente fruibili, per mettere il Paese in grado di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità Nazionale;

16) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico, così come previsto dai LEA, anche ai malati oncologici;

17) a emanare celermente il regolamento previsto dall'art. 1, comma 2, della Legge 29/2019, nonché il decreto per l'istituzione del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione di cui all'art. 4 della Legge 29/2019;

18) ad adottare ogni iniziativa utile a reperire fondi dedicati alla ricerca oncologica di base e traslazionale, con particolare attenzione agli studi sui meccanismi genetici ed epigenetici che modificano il genoma umano, al fine di approfondire il binomio salute-ambiente, caratterizzare i meccanismi di interazione tra DNA e fattori ambientali ed identificare gli individui più a rischio di sviluppare patologie oncologiche all'interno della popolazione generale.

## **NUOVO SCHEMA DI RISOLUZIONE PRESENTATO DALLE RELATRICI SULL’AFFARE ASSEGNATO N. 613**

La Commissione,

premessi che:

considerando l'emergenza sanitaria causata dall'epidemia da coronavirus, la celebrazione della giornata nazionale del malato oncologico del 17 maggio 2020 si è svolta «a distanza» e le associazioni si sono confrontate sul documento programmatico realizzato dalla FAVO (Federazione delle associazioni di volontariato oncologico) e dalle relative società scientifiche con l'obiettivo di capire come superare l'emergenza da COVID-19 e favorire il ritorno alla normalità delle cure e al riconoscimento dei diritti dei malati di cancro;

la Giornata nazionale del malato oncologico, istituita con direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 gennaio 2006 e modificata successivamente con direttiva del 5 marzo 2010, si celebra ogni anno nella terza domenica di maggio ed è dedicata al malato, agli *ex* malati, ai sopravvissuti al cancro e a tutti coloro che hanno vissuto da vicino la malattia condividendone ansie, preoccupazioni, speranze;

recentemente inoltre si è aperto un Tavolo Tecnico fra il Governo e la federazione degli oncologi, cardiologi e ematologi (FOCE), per garantire ai pazienti più fragili la continuità di cura in emergenza Covid; un tavolo per la tutela degli oltre 11 milioni di persone con malattie oncologiche e cardiologiche che si concentrerà prevalentemente su otto punti identificati concordemente dai clinici impegnati su questo particolarissimo fronte;

anche il progetto «La Salute un bene da difendere, un diritto da promuovere» coordinato da Salute Donna Onlus attraverso il suo «Accordo di legislatura» in 15 punti – presentato prima delle elezioni del 2018 – ha sollecitato le istituzioni e l'intergruppo parlamentare «Insieme per un impegno contro il cancro» a lavorare per una migliore presa in carico dei pazienti oncologici anche nel pieno dell'emergenza Covid-19 e a muovere così un deciso passo avanti nella governance del cancro;

la prima ondata della pandemia infatti ha causato importanti disagi e ripercussioni a carico dei pazienti oncologici, ematologici e cardiologici, che indubbiamente corrono maggiori rischi nel corso della seconda ondata;

rilevato che:

ogni anno circa 413.000 cittadini in Italia muoiono per malattie cardiovascolari, oncologiche e onco-ematologiche e 153.000 per altre patologie (respiratorie, neurologiche, endocrino-metaboliche, psichiche, ga-



strointestinali ed infettive), per un totale di 566.000 decessi; il Covid ha finora determinato oltre 45.000 morti;

per evitare che aumenti la mortalità per patologie non Covid è fondamentale garantire la continuità delle cure in totale sicurezza, per proteggere soprattutto i pazienti più fragili, in particolare quelli colpiti da tumore e malattie cardiovascolari;

ogni anno, in Italia, circa 370.000 cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50 per cento dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50 per cento una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia e le nuove terapie contro il tumore stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando, anche sensibilmente, la vita dei malati senza speranza di guarigione. Ma, se da una parte i vantaggi del progresso scientifico hanno cancellato l'ineluttabile equazione «cancro uguale morte», dall'altra sono sorti nuovi problemi che riguardano proprio la vita dei malati: uomini e donne di qualsiasi età, di qualsiasi condizione sociale, sono diventati i protagonisti di una lotta al proprio cancro che coinvolge quotidianamente il loro corpo e la loro mente. Si tratta di una lotta difficile e coraggiosa contro quella che le associazioni di volontariato oncologico hanno definito la «nuova disabilità di massa», in quanto il prolungamento della vita dei malati che non guariscono costituisce un problema sociale di grande rilevanza;

accesso alle terapie, riabilitazione e qualità della vita, difficoltà nel rapporto medico-paziente, cure palliative e terapia del dolore, diritti sul lavoro e corretta informazione ai pazienti sono solo alcune delle problematiche che vengono sollevate e approfondite di anno in anno e per tale motivo la Giornata rappresenta l'occasione di portare all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica i bisogni dei malati oncologici e dei loro familiari;

ancor prima dell'emergenza COVID era già chiaro come fosse urgente fare una riflessione sui costi economici e sociali del cancro per i pazienti e le famiglie, per evidenziare l'entità e le caratteristiche dei costi e dei disagi nelle loro linee generali e consentire l'elaborazione di stime di impatto complessivo sul sistema Paese, anche alla luce del raffronto con i valori e i dati raccolti fino ad allora. Di grande interesse per la tutela della salute del paziente oncologico è tenere sotto controllo il disagio economico e il disagio psicologico;

concretamente sono stati evidenziati due livelli di disagio economico: il disagio economico di base, e cioè la misurazione di un primo livello di difficoltà economiche, legato alla quotidianità della vita del paziente e della sua famiglia, e il disagio economico rilevante, proprio delle spese affrontate per far fronte alla patologia fin dal momento della sua diagnosi. Analogamente, per l'ambito psicologico occorre tener presente il disagio psicologico di base, cioè la misurazione di un primo livello di disagio psicologico, a partire dal profilo psicologico del paziente e il disagio psicologico rilevante, che ha origine nella diagnosi tumorale. In

una indagine costruita *ad hoc* su 1.289 pazienti risulta che il 70 per cento dei pazienti intervistati manifesta condizioni di disagio economico e il 50 per cento rivela un disagio psicologico;

nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione da COVID-19 risulta più sfavorevole sia sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia intensiva, che nell'incidenza dei decessi; una *review* dell'«*European journal of cancer*» riferisce di un tasso di mortalità complessivo pari al 25,6 per cento; tasso che aumenta fino al 35 per cento se il tumore è in fase attiva. In Italia l'associazione tra tumore e COVID-19 ha fatto registrare il 12 per cento dei decessi durante la pandemia (rapporto Istat – Istituto superiore di sanità «Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2», 16 luglio 2020);

sotto il profilo della prevenzione e della possibilità di ottenere una diagnosi precoce, bisogna tener conto che a causa dell'emergenza da COVID le biopsie sono diminuite del 52 per cento, le visite presso i reparti di oncologia si sono ridotte del 57 per cento e si sono registrati ritardi per il 64 per cento degli interventi chirurgici. Concretamente in Italia, nei primi 5 mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di *screening* in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (dati AIOM ed ESMO 2020). Ovviamente ciò ha comportato non solo una netta riduzione delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma anche la tardività della diagnosi, fatta quando la patologia era già in fase avanzata e quindi meno curabile, dal momento che l'individuazione di tali neoplasie in fase avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati;

considerato che:

i pazienti e i professionisti hanno imparato a fare ricorso alla telemedicina, apprezzata dall'80 per cento di loro, sebbene i risultati non siano ancora pienamente soddisfacenti, né sul piano clinico, né sul piano della relazione tra medico e paziente. Gli effetti negativi della pandemia sull'assistenza per i pazienti neoplastici vanno considerati in un più ampio contesto generale di gravi carenze strutturali e di altrettanto gravi ritardi nell'adeguamento e nell'ammodernamento, tecnologico e di processo, del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico;

per tutti i pazienti, in particolare per i malati oncologici, persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, che è strutturalmente contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che sta generando ulteriori disparità nella disponibilità dell'innovazione. Molta della strumentazione diagnostica appare obsoleta. Ad esempio, degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 hanno un'età compresa tra i 5 e i 10 anni e 726 superano i 10 anni. Quindi si può ragionevolmente affermare che l'84 per cento di essi sono inadeguati a rilevare le lesioni in fase iniziale e diagnosticano solo falsi negativi;

i programmi di telemedicina che, durante l'emergenza sanitaria, hanno rappresentato una valida alternativa ai consulti e alle visite com-

presi nei percorsi di *follow up*, e che potrebbero diventare uno strumento per il potenziamento delle attività ordinarie, presentano un eccessivo grado di variabilità territoriale, addirittura nell'ambito di un medesimo servizio sanitario regionale;

tra i fattori di rischio a cui è più facilmente esposto il malato oncologico vi è poi la mancata integrazione tra ospedale e territorio, che costituisce ancora oggi uno degli ostacoli più gravi nel modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti cronici;

dopo aver faticosamente cercato di creare dei *tumoral board*, caratterizzati da competenze avanzate e integrate sotto il profilo multiculturale e interprofessionale, oggi appare evidente che se non si dà vita a *molecular tumoral board*, fortemente integrati con competenze scientifiche di alta qualità, sarà impossibile rendere operativo il piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche, che puntano all'inserimento della medicina personalizzata nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale. In questo senso si pone l'esigenza di disporre di centri per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), indispensabili per dar vita alla medicina personalizzata;

è urgente disporre in ogni regione di una rete oncologica che consenta il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno; ma le reti oncologiche oggi non sono ancora presenti in tutte le regioni e quelle finora costituite hanno livelli di sviluppo e di funzionamento decisamente disomogenee. L'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, potrebbe costituire un buono strumento di confronto e coordinamento tra le reti, se fosse completato con alcuni profili professionali indispensabili e se fosse più e meglio coordinato con il Ministero della salute;

il piano oncologico nazionale (PON), documento tecnico di indirizzo, è scaduto nel 2016; ma come accade per molti altri piani era stato elaborato almeno 5 anni prima e pubblicato nel 2013, il che ne fa uno strumento superato, anche alla luce dei progressi della scienza e della tecnica di questi ultimi anni. Anche l'*European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*, che raccoglie il risultato di 3 anni di lavoro della «*joint action*» promossa dalla Commissione europea e ha potuto contare sulla partecipazione degli esperti di venticinque Paesi membri, tra cui l'Italia, indica quali azioni prioritarie l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, per garantire uguaglianza nell'accesso alla diagnosi precoce, alla riabilitazione e alle tutele per i *survivor*. La Commissione europea entro il 2020 pubblicherà il primo piano oncologico europeo per definire un approccio comune al cancro, promuovendo l'elaborazione di soluzioni condivise e la condivisione di *best practice* e favorendo la circolazione della conoscenza e dei risultati della ricerca. Tra le cinque missioni del programma «*Horizon Europe*», una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo audace e stimolante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo *slogan* «*Cancer, mission possible*»;

le associazioni di volontariato dei pazienti, coordinate dalla FAVO, hanno evidenziato la necessità di procedere ad una nuova programmazione delle attività di cura e assistenza per i malati di cancro, che tenga anche conto dell'esperienza maturata durante i mesi difficili dell'emergenza da COVID-19, e che si basi su una presa in carico globale del paziente, sanitaria e sociale. La rete delle associazioni di volontariato dei pazienti creata dalla FAVO ha inoltre sottolineato l'urgenza di ripristinare i programmi di *screening* oncologico e i percorsi di *follow up* per i malati di cancro, non solo nell'ottica di recuperare il livello di assistenza precedente al periodo di *lockdown*, ma soprattutto per valorizzare la prevenzione e la sorveglianza sanitaria, indispensabili per una corretta allocazione delle risorse, che sia al tempo stesso efficiente ed efficace;

FOCE, come associazione di clinici di diversa specializzazione e competenza, ha fatto una proposta che ruota intorno ad otto punti chiave, che richiedono una progettualità condivisa anche a livello governativo: dalla netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid; alla necessità che tutte le strutture di oncologia medica, cardiologia ed ematologia rimangano pienamente operative anche a livello ambulatoriale, inclusa la preservazione della rete dell'emergenza cardiologica e dell'attività di chirurgia oncologica. Senza dimenticare l'assoluta necessità di assumere nuovi medici specialisti, cardiologi, oncologi e ematologi, attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato, la ripresa immediata degli screening oncologici in tutte le Regioni e la rifondazione della medicina territoriale attraverso strutture ad hoc e l'attivazione su tutto il territorio di programmi avanzati e strutturati di telemedicina;

in definitiva, l'emergenza COVID-19 obbliga, con estrema urgenza, a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, al necessario ammodernamento strutturale e di processo del Servizio sanitario nazionale, anche nell'ottica di delineare un nuovo sistema di offerta, valorizzando il rapporto tra volumi di attività delle strutture, esiti e sicurezza delle cure,

impegna il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale (PON), coordinato con il piano oncologico europeo di prossima adozione, che ponga al centro della programmazione le reti oncologiche regionali e la più vasta rete oncologica nazionale;

2) a monitorare la concreta attuazione del PON, delle azioni e dei contenuti programmatici previsti, con una vera e propria cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, anche mediante uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività, previa definizione dei criteri di assegnazione e di un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni;

4) ad attivare i necessari strumenti per il coordinamento, a livello nazionale, delle attività delle reti oncologiche regionali, nell'ottica di garantire l'efficacia del modello;

5) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, introducendo un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

6) a monitorare l'attuazione del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, laddove riconosce il ruolo e le funzioni della figura dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per prevedere un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare concretamente i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

7) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;

8) a promuovere l'istituzione di un tavolo tecnico inter-istituzionale per l'adozione di linee di indirizzo o linee guida per la telemedicina e per gli altri servizi della sanità digitale in generale e per il settore oncologico in particolare, nell'ottica di uniformare i programmi esistenti, predisponendo altresì adeguate forme di incentivazione;

9) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, nell'ottica di sviluppare e diffondere le terapie molecolari e le terapie geniche, tra cui la terapia CAR-T;

10) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 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 ed alla profilazione genica (anche mediante NGS, *Next-Generation Sequencing*), fondamentale per la personalizzazione della terapia in ambito oncologico, 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;

11) ad adottare iniziative per dare un nuovo impulso all'*iter* per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e a garantire il pieno funzionamento degli *European reference networks*, reti di riferimento per le malattie e i tumori rari a livello dell'Unione europea, anche attraverso specifici finanziamenti;

12) ad adottare nuove strategie comunicative che agiscano in modo integrato per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alle varie forme di riabilitazione socio-sanitaria per consentire ai pazienti un re-inserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

13) a trasformare una comunicazione prevalentemente verbale in una comunicazione multicanale: televisite, teleconsulti, videochiamate,

*chat* con i familiari, *video-meeting* tra gli operatori, maggior uso dello *smarthphone* e dei *tablet* anche in ospedale o nei servizi territoriali;

14) a facilitare la consegna di farmaci a domicilio per attivare una riduzione degli spostamenti che potrebbero creare un impatto negativo sui pazienti oncologici, in relazione all'approvvigionamento di farmaci in piano terapeutico. L'accesso del farmacista a domicilio consente di controllare l'assunzione, fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*;

15) ad avviare, come i clinici hanno concordemente chiesto, procedure velocissime di acquisizione di nuovi fondi per la Sanità, ingenti e immediatamente fruibili, per mettere il Paese in grado di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità Nazionale;

16) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico, così come previsto dai LEA, anche ai malati oncologici;

17) a definire i tempi di emanazione del regolamento previsto dall'art. 1, comma 2, della Legge 29/2019, nonché del decreto per l'istituzione del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione di cui all'art. 4 della Legge 29/2019;

18) a comunicare quale sede fisica sia stata individuata per ospitare il registro tumori nazionale di cui all'Allegato A del DPCM 3 marzo 2017, e la relativa banca dati nella quale verranno riversati i dati concernenti i casi incidenti di tumori rilevati dai registri tumori afferenti alla rete nazionale di cui alla Legge n. 29/2019;

19) ad individuare le relative risorse, il personale e le infrastrutture atti a supportare le attività del registro tumori nazionale di cui al DPCM 3 marzo 2017 e la relativa banca, nonché a coordinare la rete nazionale di cui alla Legge n. 29/2019;

20) ad adottare ogni iniziativa utile a reperire fondi dedicati alla ricerca oncologica di base e traslazionale, con particolare attenzione agli studi sui meccanismi genetici ed epigenetici che modificano il genoma umano, al fine di approfondire il binomio salute-ambiente, caratterizzare i meccanismi di interazione tra DNA e fattori ambientali ed identificare gli individui più a rischio di sviluppare patologie oncologiche all'interno della popolazione generale.



