

tare degli immensi alveari-cronici;

- i) avviare un'indagine amministrativa che monitori le condizioni di salute psicofisica della popolazione residente in dette strutture e l'inadeguatezza degli operatori che vi lavorano.

(1-00688) « Sapia, Massimo Enrico Baroni, Leda Volpi, Cabras, Colletti, Corda, Forciniti, Giuliadori, Maniero, Raduzzi, Spessotto, Trano, Vallascas, Vianello ».

La Camera,

premessi che:

le residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e le case di riposo e le altre strutture residenziali gestite da enti pubblici o privati non commerciali costituiscono le unità di offerta per assicurare la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti o sono un servizio integrato con la rete delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

ai sensi dell'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, « assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti », il Servizio sanitario nazionale garantisce, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale che richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore con metodi basati sulle più elevate evidenze scientifiche attraverso prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per la nutrizione artificiale ed educazione ai *caregiver*;

i trattamenti di lungo degenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi gli interventi di sollievo per chi assicura le cure a persone non autosufficienti con prestazioni già enunciate per i

trattamenti estensivi a cui si aggiungono attività di socializzazione e animazione;

« L'attesa di vita alla nascita – come ricordato recentemente dal professore Garattini – è senz'altro aumentata se si pensa che nel 1900 era di 46 anni e oggi è di quasi 80 anni per il maschio e circa 85 per la femmina. Ma quando diamo questi dati non bisogna dimenticare che, statisticamente parlando, gli ultimi 10 anni della vita non sono di buona qualità. Dal punto di vista qualitativo dell'esistenza l'Italia è la peggiore d'Europa. (...) Oggi assistiamo a quella che viene definita la poli-morbidity (...) una situazione che ci pone dinanzi a nuovi problemi »;

l'impatto e la crescita delle patologie con decadimento cognitivo e Alzheimer sta mettendo a dura prova la resistenza e la capacità delle famiglie di far fronte alle necessità di cura. Sempre di più le famiglie ricorrono alla richiesta di ingresso in Rsa nei nuclei Alzheimer o nei centri semiresidenziali accreditati o contrattualizzati come i centri diurni integrati nonché alla possibilità di prestazioni domiciliari, quali assistenza domiciliare integrata (Adi) o al servizio assistenza domiciliare (Sad) erogato dai comuni, come ausilio alta cura per le persone non autosufficienti;

anche per queste ragioni gli impegni assunti dal Governo e dal Ministro della salute Speranza con la missione 6 del Pnrr, con la recente approvazione del decreto ministeriale 77 del 2022, e dell'ultima legge di bilancio vanno nella direzione di rafforzare l'assistenza territoriale, assistenza domiciliare integrata Adi nonché la realizzazione di strutture di cura intermedie;

secondo la banca dati realizzata dal Garante nazionale per la geolocalizzazione delle strutture sociosanitarie assistenziali, in Italia sono presenti in maniera non omogenea nazionale nella fornitura del servizio, con un'ampia forbice tra Nord e Sud suddivise in: 2.651 al Nord, 668 al Centro, 493 al Sud e 817 nelle Isole;

in particolare, per quanto concerne l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, dei 202.998 posti letto to-

tali, l'80 per cento è concentrato nelle regioni del Nord (24 posti letto ogni mille anziani), il 14 per cento nel Centro e solo il restante 6 per cento nel Sud e nelle Isole (Elaborazione Agenas su flusso FAR, 2019). Con riferimento all'offerta di assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone con disabilità fisiche e psichiche, i posti letto residenziali sono pari a 26.440 con un indice medio di 0,44 posti letto per 1.000 abitanti con una copertura non uniforme tra regioni;

a tali dati bisogna aggiungere una forte variabilità regionale sul numero degli assistiti ultrasessantacinquenni in assistenza domiciliare che testimoniano, ancora una volta, una sostanziale disomogeneità in termini di offerta e di accesso ai servizi;

durante la fase emergenziale da COVID-19 all'interno delle Rsa, delle case di riposo e di analoghe strutture a carattere residenziale e semiresidenziale, gli effetti della pandemia sono stati particolarmente gravi;

per lunghi periodi durante la prima fase più cruenta della pandemia è stato vietato l'ingresso a nuovi pazienti all'interno delle strutture residenziali e successivamente solo con procedure molto complesse al fine di tutela la salute di tutti i soggetti coinvolti è stato consentito il progressivo ripristino di tutte le attività socio-sanitarie e assistenziali;

la fase pandemica è stata un periodo difficile non solo per le famiglie che aspettavano di ricoverare i propri cari ma anche per le stesse strutture che hanno dovuto far fronte a gravi difficoltà economiche per i mancati introiti delle rette con conseguenti contraccolpi sulla tenuta occupazionale e con effetti che ancora oggi si ripercuotono sui bilanci delle singole strutture;

le Rsa o enti residenziali accreditati e contrattualizzati sono presidi di salute che hanno avuto conseguenze severe dall'impatto dell'epidemia da COVID-19 non solo per la tenuta dei bilanci dovuti dalla riduzione dell'occupazione di posti letto

ma anche per assolvere alle prescrizioni imposte per prevenire l'epidemia;

con il « decreto Rilancio » (decreto-legge n. 34 del 2020) si è tentato, almeno in parte, di far fronte alla grave crisi delle Rsa, delle case di riposo, degli *hospice* e di analoghe strutture a carattere residenziale e semiresidenziale istituendo un fondo di 40 milioni per il 2020 presso il Ministero dell'economia e delle finanze per « il sostegno per le strutture semiresidenziali per persone con disabilità », che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica, hanno dovuto affrontare oneri non previsti per l'adozione di sistemi di protezione individuale del personale e degli utenti;

successivamente, con il decreto sostegni *bis*, decreto-legge n. 73 del 2021, per il 2021, è stata dedicata una quota di 20 milioni a valere su tale fondo straordinario di sostegno agli enti del terzo settore al riconoscimento di un contributo a fondo perduto a favore degli enti non commerciali residenti, degli enti religiosi civilmente riconosciuti, nonché delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale iscritte nella relativa anagrafe, titolari di partita Iva, fiscalmente residenti nel territorio dello Stato e che svolgono attività di prestazione di servizi socio-sanitari e assistenziali, in regime diurno, semiresidenziale e residenziale a favore di anziani non autosufficienti e disabili, ancorché svolte da enti pubblici;

nel nostro Paese la quasi totalità delle prestazioni residenziali e semiresidenziali a persone non autosufficienti o a persone fragili è assicurata da soggetti erogatori accreditati con il Servizio sanitario nazionale: si tratta di soggetti di varia natura ed estrazione (pubblici, religiosi, privati *profit*, privati *no-profit* e cooperative), tutti fortemente colpiti dagli effetti della pandemia;

tutti gli operatori si trovano oggi nella oggettiva impossibilità di coprire i correnti costi di gestione e di procedere ai rinnovi contrattuali, in un quadro ormai non più sostenibile di differenziali retributivi con i lavoratori della sanità pubblica, con tabellari inferiori ormai di più del

20-25 per cento, a parità di mansioni e qualifiche;

a ciò si deve aggiungere il blocco delle tariffe che nella maggior parte dei casi sono ferme da più dieci anni mentre la sola inflazione Istat è cresciuta dal 2012 di oltre il 16 per cento, di cui più del 5 per cento solo nell'ultimo anno, in un *trend* di crescita che appare oggi in ulteriore drammatico aumento con previsioni di incrementi dei costi;

il perdurare dei mancati adeguamenti tariffari, cioè la quota *pro capite* giornaliera sanitaria, che in base a quanto previsto dall'articolo 8-*sexies*, comma 6, del decreto legislativo n. 502 del 1992 dovrebbe essere periodicamente aggiornata in base ai costi di esercizio e dei fattori di produzione, non consente ulteriormente agli operatori del settore di garantire la continuità assistenziale agli anziani e ai disabili ospiti delle strutture, che sempre più necessitano di cure complesse e articolate, e ai quali è necessario garantire trattamenti dignitosi e qualificati;

le Rsa e gli enti residenziali stanno affrontando una grave crisi di personale dovuta alla carenza delle professioni infermieristiche e Oss, oltre che medica, soprattutto per la « concorrenzialità » delle disponibilità e necessità di risorse umane nel Servizio sanitario nazionale per far fronte all'emergenza COVID-19;

le opportunità fornite dai vari decreti relativi all'assunzione di personale proveniente da altri Paesi a cui è stata data la possibilità di riconoscimento dell'equipollenza dei titoli oltre a trovare gravi difficoltà nell'*iter* di ingresso deve prevedere un periodo di formazione e conoscenza della lingua italiana;

ad aggravare questa situazione si è aggiunto anche il drammatico conflitto russo-ucraino che ha comportato come conseguenza il rialzo dei costi energetici e delle materie prime colpendo non solo i bilanci delle famiglie ma tutti i settori dell'economia compreso quello dell'assistenza alle persone non autosufficienti;

tutte le strutture residenziali hanno subito un aumento insostenibile delle bol-

lette di luce e gas e secondo quando denunciato da Aris, Anaste, Agespi e Uneba, in una lettera inviata al Presidente del Consiglio Mario Draghi, ai Ministri Speranza, Stefani, Franco, Orlando, Gelmini, e al presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome Fedriga, l'aumento si aggira intorno ai 12 euro in più al giorno per posto letto, pari a 438.000 euro all'anno per una struttura con 100 posti letto;

i soggetti gestori e le associazioni evidenziano negli ultimi mesi un incremento generalizzato dei beni e dei servizi, a partire dai costi energetici. I costi energetici nelle strutture sanitarie nel 2022 sono aumentati del 90 per cento o anche 100 per cento rispetto al 2021;

inoltre, per le Rsa, le case di riposo e le altre strutture a carattere residenziale gestite da enti pubblici e privati non commerciali, il prezzo finale della fornitura di energia elettrica risulta eccessivo per effetto dell'applicazione dell'aliquota Iva del 22 per cento, superiore di oltre il doppio rispetto a quella del 10 per cento che sarebbe invece necessario applicare a tali strutture ai sensi della normativa vigente;

la Tabella A, parte III, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, infatti, menziona espressamente, al numero 103, tra i « beni e servizi soggetti all'aliquota del 10 per cento », la fornitura di « energia elettrica per uso domestico »;

la circolare del Ministero delle finanze n. 82/E del 7 aprile 1999 osservava che la nozione di « uso domestico » non riguarda solamente le ipotesi di impiego dell'energia all'interno delle case e delle abitazioni, ma anche gli impieghi diretti a soddisfare i fabbisogni di ambienti diversi da queste, purché caratterizzati dal « requisito della residenzialità », come caserme, scuole, « case di riposo » e altre strutture a carattere collettivo. Con la risoluzione n. 8/E del 19 gennaio 2017, l'Agenzia delle entrate è pervenuta ad una conclusione opposta, affermando che le case di riposo e le residenze sanitarie assisten-

ziali, ancorché gestite da enti non commerciali e ancorché in possesso del requisito della residenzialità, « pongono in essere un'attività (...) rilevante ai fini dell'IVA », alla quale non potrebbe riferirsi – secondo la risoluzione – la nozione di « uso domestico »;

la ricaduta degli aumenti nel settore energetico e dei beni alimentari oltre all'incidenza dell'inflazione che ha raggiunto l'8 per cento rende evidente il rischio di un generalizzato e pesante incremento delle rette sociali a carico dei cittadini o dei comuni (per i meno abbienti) con ripercussioni rilevanti e spesso insostenibili sui bilanci economici e finanziari degli enti sopracitati e per le strutture di medie e piccole dimensioni, molto diffuse sul territorio nazionale, di comprometterne la possibile sopravvivenza, impoverendo ulteriormente l'offerta già insufficiente di posti letto nell'ambito delle fragilità;

per scongiurare l'aumento delle rette non è solo necessario investire risorse economiche per aiutare le strutture che erogano attività sanitarie e socio-sanitarie in regime ordinario residenziale accreditate con il Servizio sanitario nazionale, quali le residenze sociosanitarie per anziani e le residenze sociosanitarie per disabili e psichiatriche a far fronte all'aumento dei prezzi nei settori energetici ma valutare anche una diminuzione per tali strutture dei costi finali del prezzo di fornitura dell'energia elettrica;

anche alla luce degli ultimi due anni di pandemia e delle criticità emerse è necessario istituire un nuovo rapporto tra domiciliarità e residenzialità, senza porre le due soluzioni in contrapposizione, ma immaginando l'una a servizio dell'altra. Le Rsa o strutture simili possono diventare gli *hub* attraverso cui si rende possibile e sostenibile la vita al proprio domicilio favorendo, quindi, interventi di prossimità;

all'interno della missione 6 del Pnrr e del decreto ministeriale 77 viene enunciato il ruolo delle Rsa come possibilità di allocazione degli istituendi ospedali di comunità ma sottostimati nella programma-

zione della riforma dell'assistenza territoriale;

è necessario assicurare una presa in carico della persona non autosufficiente a partire dal suo progetto assistenziale senza porre in concorrenza domiciliarità e residenzialità affinché si trovino soluzioni complementari e non intercambiabili in relazione alle specifiche necessità;

è necessario con l'applicazione dei progetti attuativi al Pnrr consentire a tutte le regioni la possibilità di assicurare una offerta minima omogenea, in termini di ore di assistenza domiciliare, posti semiresidenziali e posti letto residenziali, pari almeno alla media dei paesi Ocse ottimizzando anche l'impiego delle strutture e delle professionalità già disponibili nel territorio;

risulta necessario un intervento ministeriale che definisca con chiarezza gli *standard* qualitativi, organizzativi e strutturali per omogeneità di definizione, di accreditamento, di contrattualizzazione e di risorse adeguate per la loro eventuale riconversione;

le Rsa possono diventare organizzazioni funzionanti h24, con medici, infermieri, Oss, terapisti, psicologi, educatori, assistenti sociali, e con palestre, laboratori riabilitativi, ambulatori attrezzati, ecc., rappresentando così una risorsa preziosa per ridisegnare la rete dei servizi territoriali aperta all'utenza per una serie di servizi che vanno dall'assistenza infermieristica domiciliare, alla telemedicina e teleassistenza, alle attività vaccinali o di diagnostica di base, degenza diurna, centro prelievi, studi associati di medici di medicina generale, attività di prevenzione ed educazione sanitaria;

le Rsa devono quindi essere potenziate, per far fronte alla sempre maggiore richiesta di assistenza, anche adeguando sistemi organizzativi e protocolli di trattamento, per meglio fronteggiare la maggiore complessità e fragilità della attuale utenza;

stanno peraltro emergendo limiti al modello di struttura centrato sulla grande

dimensione, sovente adottato dalle nuove Rsa al fine di ottenere economie di scala. Questa scelta rischia infatti di trascurare la personalizzazione degli interventi e si è rivelato maggiormente vulnerabile rispetto al rischio di epidemie;

sebbene l'emergenza COVID-19 abbia incoraggiato la nascita di nuove opportunità assistenziali a domicilio, il ruolo esercitato dalle Rsa sembra non essere stato in alcun modo scalfito;

ad oggi, l'emergenza più grave all'interno delle strutture resta però quella della carenza di personale anche perché con l'invecchiamento della popolazione aumentano i bisogni di assistenza, su tutti i fronti, Rsa, Centri diurni, Servizi socio-sanitari sul territorio;

secondo il quarto Rapporto Osservatorio *Long Term Care Cergas Bocconi - Essity* nelle residenze sanitarie mancano all'appello il 26 per cento degli infermieri, il 13 per cento degli Oss e il 18 per cento dei medici;

la carenza di personale infermieristico è stata denunciata anche dalla Fnopi (Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche) secondo cui, ad oggi, nel nostro Paese, mancano all'appello circa 63.000 infermieri (quasi 27 mila a Nord, circa 13 mila al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole),

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative volte ad inserire, quanto prima, le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate e contrattualizzate con il Ssr tra i beneficiari degli aiuti per far fronte al rincaro delle bollette energetiche, considerando l'importanza del ruolo che hanno nell'assistenza e nell'erogazione delle prestazioni assistenziali sanitarie e socio-sanitarie alle persone non autosufficienti;
- 2) ad adottare iniziative volte a ridurre i prezzi finali della fornitura di energia elettrica al fine anche di scongiurare un eventuale aumento delle rette che

ricadrebbero solo sulle famiglie o sui comuni;

- 3) ad incrementare ulteriormente, in sede di Conferenza Stato-regioni, in linea con la domanda di professionisti sanitari espressa dai sistemi sanitari regionali e nazionale nel suo complesso, le misure per soddisfare il fabbisogno formativo inerente alle professioni sanitarie aumentando il numero di accessi ai corsi di laurea;
- 4) ad adottare iniziative per prevedere, per quanto di competenza, che le regioni provvedano all'adeguamento delle tariffe relative alla quota capitaria *pro die* almeno ogni due anni, anche alla luce degli aumenti all'indice di inflazione dei costi energetici e beni di consumo;
- 5) ad introdurre, nell'ambito di attuazione del decreto ministeriale 77 del 2022 che prevede l'irrobustimento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, un investimento specifico per i soggetti più fragili, anche alla luce della realizzanda riforma della non autosufficienza, rafforzando l'assistenza domiciliare e sociale e l'integrazione con le unità di offerta erogate dalle Rsa e strutture analoghe in un'ottica di sinergia e complementarità;
- 6) ad adottare iniziative volte a colmare la carenza di personale infermieristico aggravatasi durante il periodo pandemico, prevedendo eventualmente il venir meno dell'obbligo di esclusività per il personale infermieristico, al fine di consentire un utilizzo sinergico degli infermieri in relazione ai fabbisogni sia delle aziende sanitarie che di altre istituzioni del sistema socio-sanitario, quali ad esempio le RSA;
- 7) ad adottare iniziative per prevedere la possibilità per il personale sanitario, vista la cronica carenza e la necessità comunque di assicurare i livelli essenziali di assistenza, di consentire, eventualmente anche temporaneamente, il cumulo dei redditi per coloro che pur avendo usufruito di « quota 100 » siano

reimpiegati all'interno delle Rsa o di strutture similari;

8) ad adottare iniziative per prevedere, al di fuori dell'orario di lavoro e in deroga a quanto previsto in tema di esclusività del rapporto di impiego, la possibilità di svolgere l'attività professionale presso le strutture socio-sanitarie per anziani, previa stipula di una convenzione tra la struttura e l'azienda sanitaria di riferimento che disciplini le modalità di svolgimento, anche oltre il limite delle 4 ore settimanali previste attualmente dall'articolo 3-*quater* del decreto-legge n. 127 del 2021 fino al 31 dicembre 2022;

9) ad adottare iniziative per prevedere, anche alla luce dell'esperienza pandemica, la revisione degli *standard* organizzativi, strutturali e tecnologici delle Rsa e delle strutture analoghe, nonché nuovi requisiti minimi uniformi a livello nazionale che qualifichino tali strutture in termini di sicurezza, tutela sanitaria, vivibilità, sia per il personale che ci lavora sia per le persone ospitate, e le conseguenti risorse necessarie.

(1-00689) « Carnevali, Lorenzin, De Filippo, Lepri, Siani, Ianaro, Rizzo Nervo, Pini ».

La Camera,

premessi che:

l'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha classificato l'Italia come un Paese soggetto a *stress* idrico medio-alto;

gran parte degli impatti dei cambiamenti climatici sono riconducibili ad alterazioni del ciclo idrologico dovute principalmente all'aumento delle temperature, alla riduzione della copertura nevosa e all'alta variabilità stagionale delle precipitazioni. Questi fenomeni sono ulteriormente aggravati, nelle aree urbane, dalla diffusa impermeabilizzazione dei suoli che ne mina le capacità di regolazione dei deflussi idrici;

tali alterazioni avranno conseguenze sulla sicurezza idrica fondamentale per le popolazioni, per la competitività delle imprese e per la tutela dell'ambiente naturale e della biodiversità;

sempre più spesso si verificano, in varie zone d'Italia, situazioni anomale connesse all'alternarsi di eventi meteorologici estremi di grande intensità e violenza con periodi di forte siccità. Tali eventi, legati ai mutamenti climatici in corso, sollecitano politiche più efficaci sia sul fronte della mitigazione dei processi in atto, sia sul fronte dell'adattamento agli stessi;

la tragedia del ghiacciaio della Marmolada, che ha causato la morte di decine di persone, ci ricorda che il tempo per intervenire è sempre più ridotto. Un'intervista ad un glaciologo dell'istituto di scienze polari del Cnr ricorda infatti che da settimane le temperature in quota sulle Alpi sono state molto al di sopra dei valori normali, mentre l'inverno scorso c'è stata poca neve, che ormai quasi non protegge più i bacini glaciali. L'atmosfera e il clima, soprattutto al di sotto dei 3.500 metri di quota – si legge in questa intervista a *greenreport.it* – è in totale disequilibrio a causa del « nuovo » clima che registriamo e quindi, purtroppo, questi eventi sono probabilmente destinati a ripetersi nei prossimi anni e anche per questa estate dobbiamo mantenere la massima attenzione;

da diversi mesi la situazione nel nord Italia è drammatica. Il 10 giugno 2022 si è svolta una seduta straordinaria dell'Osservatorio permanente sulle crisi idriche, convocata dall'Autorità distrettuale del fiume Po che ha unito tutte le regioni del distretto. Protezione civile del distretto, Ministero della transizione ecologica, Ispra e i portatori di interesse pubblici e privati per fare il punto sullo stato idrologico dell'area padana;

dalla seduta è emerso il persistere di un contesto ancora estremamente difficile che vede un progressivo *deficit* di risorsa disponibile per tutti gli usi;

nella nota informativa pubblicata sul sito dell'Autorità di bacino distrettuale