Senato della Repubblica XVII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO SOMMARIO
Resoconti
Allegati

n. 322
Supplemento

GIUNTE E COMMISSIONI

Sedute di mercoledì 10 dicembre 2014

I N D I C E

Commissioni permanenti

12ª - Igiene e sanità:
Plenaria . . . . . *Pag.* 3

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Libertà e Autonomia-noi SUD, Movimento per le Autonomie, Nuovo PSI, Popolari per l'Italia): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Nuovo Centrodestra: NCD; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Per l'Italia: PI; Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Misto: Misto; Misto-Italia Lavori in Corso: Misto-ILC; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL.

IGIENE E SANITÀ (12ª)

Mercoledì 10 dicembre 2014

Plenaria

186ª Seduta

Presidenza della Presidente
DE BIASI

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

La seduta inizia alle ore 12,10.

IN SEDE CONSULTIVA

(1699 e 1699-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017*** **e relativa** ***Nota di variazioni***, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabb. 14 e 14-*bis*)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2015 e per il triennio 2015-2017

(1698) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)***, approvato dalla Camera dei deputati

(Rapporto alla 5ª Commissione. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta di ieri.

La PRESIDENTE comunica che nel corso dei lavori odierni il Governo sarà rappresentato dal sottosegretario De Filippo, al quale rivolge un ringraziamento, essendo la Ministro della salute impegnata in concomitanti e non rinviabili attività istituzionali.

La Commissione prende atto.

La PRESIDENTE avverte che nella prima parte della seduta si completerà lo svolgimento della discussione generale, cui potrà fare seguito la replica del relatore e del rappresentante del Governo. Sarà quindi disposta

una sospensione della seduta, per consentire al relatore di redigere lo schema di rapporto. Alla ripresa dei lavori si procederà all'esame degli ordini del giorno (pubblicati in allegato: uno riferito al disegno di legge di bilancio, 17 relativi al disegno di legge di stabilità) e degli schemi di rapporto. Riguardo a tali ultimi documenti, fa presente che è stato già presentato uno schema di rapporto non favorevole, a firma della senatrice Taverna e di altri; soggiunge che le proposte di rapporto alternative a quella del relatore, pur non potendo essere poste in votazione in caso di approvazione dello schema da questi presentato, saranno trasmesse alla Commissione bilancio come rapporti di minoranza.

La Commissione prende atto.

Riprende quindi la discussione generale.

La senatrice DIRINDIN *(PD)* osserva che il disegno di legge di stabilità dovrebbe essere integrato con alcune misure strategiche in materia di personale, anche al fine di ovviare alle criticità discendenti dalla perdurante operatività delle norme restrittive in materia di *turn over*: occorrerebbero a suo avviso disposizioni specifiche in favore di coloro che operano sull'arco delle 24 ore, in materia di «staffetta intergenerazionale» e per incentivare il ricorso a personale strutturato in luogo di personale interinale. Soggiunge che occorrerebbe apportare modificazioni al testo anche per garantire la continuità delle attività istituzionali dell'Istituto Superiore di Sanità, in particolare in tema di stabilizzazione del personale precario e di soddisfazione dei fabbisogni finanziari. Ritiene condivisibile la norma finalizzata a favorire l'impegno del personale sanitario nel contrasto alla diffusione del virus Ebola, tuttavia, come in precedenza notato, sarebbe opportuno non circoscrivere la portata dell'intervento al solo continente africano. Riguardo all'annunciato intervento emendativo del Governo in materia di farmaci per l'epatite C, esprime l'opinione che sia necessario un approccio strategico complessivo alla tematica dei farmaci innovativi, evitando di concentrare l'attenzione esclusivamente su un singolo tipo di farmaco e ponendo le premesse per un accesso omogeneo, sul territorio nazionale, ai medicinali innovativi. Nello specifico, ritiene che il prefigurato stanziamento di 1,5 miliardi di Euro sia finanche eccessivo, ed esprime perplessità sulla scelta di svolgere le negoziazioni in maniera riservata, essendo preferibile, riguardo all'accesso al farmaco innovativo per l'epatite C, un'impostazione connotata dalla massima trasparenza.

La senatrice RIZZOTTI *(FI-PdL XVII)* ritiene che alcune delle misure recate dal disegno di legge di stabilità siano sostanzialmente condivisibili: in tale ambito, menziona gli stanziamenti per le non autosufficienze, che tuttavia andrebbero ulteriormente ampliati; le disposizioni in materia di ludopatia, che dovrebbero però prestare maggiore attenzione ai profili legati all'informazione e alla prevenzione; le norme per l'accesso ai far-

maci innovativi, rispetto alle quali sono peraltro condivisibili le considerazioni svolte dalla senatrice Dirindin; le risorse vincolate per la medicina penitenziaria ed il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari; le norme sulla decadenza dei direttori generali per mancato raggiungimento degli obiettivi; le disposizioni in tema di aggiornamento del nomenclatore tariffario per i dispositivi medici.

Esprime invece perplessità in merito al finanziamento *ad hoc* previsto per l'ospedale Spallanzani, paventando che detta struttura possa divenire un centro di eccellenza isolato, al di fuori di un percorso sanitario integrato in tema di malattie infettive. Del pari non soddisfacenti sono, a suo avviso, le norme a sostegno delle famiglie ed in materia di carta acquisti che, senza dare luogo a forme di discriminazione, dovrebbero tuttavia garantire maggiormente le famiglie italiane bisognose. Manifesta preoccupazione per le riduzioni ai fondi per la ricerca sanitaria, che ritiene strategici per il Servizio sanitario nazionale, e agli stanziamenti per il contrasto delle malattie infettive e diffusive. Soggiunge che un'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica, che sembrerebbe determinata dal disegno di legge di stabilità, sarebbe non sostenibile e porrebbe a repentaglio, ad esempio, le cure per le persone affette da diabete.

La PRESIDENTE *(PD)* sottolinea preliminarmente che, nell'ambito di una manovra finanziaria funzionale alla crescita, quale è a suo giudizio quella in esame, è necessario considerare la tutela della salute come un fattore propulsivo dell'economia e non già come una mera voce di costo su cui incidere.

Ciò posto, osserva che occorrerebbe integrare il disegno di legge di stabilità con misure specifiche a sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità, soprattutto volte alla stabilizzazione del personale di ricerca che allo stato svolge le proprie attività a titolo precario. Occorrerebbe inoltre inserire nel testo una disposizione volta all'istituzione del Registro dei gameti, così da porre le premesse per l'adozione di linee guida da parte del Ministero della salute e per ulteriori iniziative legislative in tema di fecondazione eterologa, informate ai principi della trasparenza e della tracciabilità. Quanto alle misure concernenti il gioco d'azzardo, segnala che in materia appare preferibile utilizzare l'espressione «dipendenze da gioco» in luogo di quella «ludopatie», così da radicare al di là di ogni ragionevole dubbio la competenza dei servizi sanitari territoriali; inoltre, occorrerebbe modificare il testo nel senso di attribuire la gestione dei *software* di controllo all'Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato; una parte degli introiti del gioco dovrebbe altresì essere destinata allo svolgimento di attività di informazione e di prevenzione delle patologie correlate.

In merito alla confluenza delle quote vincolate nella cosiddetta quota indistinta del Servizio sanitario nazionale, ossia non destinata a specifici fini, rileva che si tratta di una previsione condivisibile, a patto che non crei difficoltà operative e non metta in discussione l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in relazione agli obiettivi di salute di carattere prioritario. A tale riguardo, sottolinea che occorrerebbero specifiche

misure di accompagnamento, anche a carattere deterrente, atte a garantire il rispetto effettivo dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La senatrice VALDINOSI *(PD)*, dopo essersi associata alle considerazioni svolte dalla Presidente, rileva che il disegno di legge di stabilità è particolarmente apprezzabile, là dove stabilisce un adeguato livello di finanziamento statale del Servizio sanitario nazionale e incrementa i fondi a sostegno delle non autosufficienze.

Ritiene che il testo sia invece migliorabile nelle parti concernenti il personale sanitario, che dovrebbero essere integrate con misure urgenti, soprattutto in tema di stabilizzazione del precariato, anche nell'ottica della riqualificazione della spesa. A tale riguardo, trova particolarmente condivisibili gli specifici auspici già formulati in relazione al personale dell'Istituto Superiore di Sanità.

Quanto alle disposizioni in tema di accesso ai farmaci innovativi, che reputa condivisibili nella *ratio*, fa proprie le considerazioni già svolte dalla senatrice Dirindin.

In conclusione, segnala l'opportunità di interventi volti ad assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale in relazione alle dinamiche demografiche, che fanno registrare un costante invecchiamento della popolazione ed un correlato incremento delle patologie croniche. In proposito, auspica l'adozione di misure intese a potenziare le attività di prevenzione e di sensibilizzazione circa l'importanza di adottare corretti stili di vita.

La senatrice SIMEONI *(M5S)* ritiene che attraverso misure volte ad implementare il fascicolo sanitario elettronico si potrebbero conseguire notevoli risparmi, innalzando al contempo l'efficacia e l'efficienza delle cure ai pazienti.

Il senatore FLORIS *(FI-PdL XVII)* auspica scelte più chiare da parte del Governo sui nodi strategici della *governance* sanitaria: parrebbe ad esempio opportuno centralizzare le politiche in materia di ricerca e di prevenzione, nonché di accesso ai farmaci innovativi. Segnala inoltre le criticità derivanti dalla perdurante operatività delle disposizioni restrittive in materia di *turn over* del personale sanitario, particolarmente preoccupanti in ambito ospedaliero.

La senatrice FUCKSIA *(M5S)* pone in rilievo, tra le fonti di spreco nel settore sanitario, le ristrutturazioni «perenni» in corso in alcuni ospedali, con i conseguenti spostamenti dei reparti e i costi connessi.

Ritiene che la razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi potrebbe essere migliorata se all'interno della CONSIP fossero inseriti degli esperti in materia sanitaria in grado di individuare con accortezza gli oggetti da acquisire.

Reputa condivisibile l'auspicio in precedenza formulato in tema di implementazione del fascicolo sanitario elettronico, così come l'accento

posto sull'importanza delle attività di prevenzione quale fattore di razionalizzazione della spesa sanitaria.

In tema di ludopatie sarebbe preferibile, a suo giudizio, evitare di disperdere le risorse su *software* informatici di dubbia utilità, puntando invece decisamente sulle attività di informazione e di sensibilizzazione, sopratutto in ambito scolastico.

Quanto alle attività di negoziazione concernenti i farmaci innovativi per l'epatite C, ritiene che siano da evitare secretazioni, anche se l'obiettivo prioritario è quello di garantire la più ampia possibilità di accesso ai medicinali.

Riguardo al contrasto delle malattie infettive, tra le quali la stessa epatite, sarebbe inoltre assai utile, a suo avviso, potenziare le attività di informazione e di prevenzione.

Non essendovi altre richieste di intervento, la PRESIDENTE dichiara chiusa la discussione generale.

Il relatore BIANCO *(PD)*, in sede di replica, sottolinea l'ampiezza e profondità del dibattito, che a suo avviso può trovare un punto di sintesi nell'intervento svolto dalla Presidente, fondato sulla considerazione della tutela della salute come fattore di crescita e non già di mero costo.

Annuncia che, nello schema di rapporto che si riserva di predisporre, è intenzionato a soffermarsi in maniera particolare su alcuni aspetti specifici.

In primo luogo, è necessario focalizzare l'attenzione sul rispetto dei LEA, in relazione alle misure concernenti i fondi vincolati e più in generale i trasferimenti dallo Stato alle Regioni.

In secondo luogo, occorre segnalare la necessità di misure in favore del personale sanitario, sul quale si sono riversati in misura prevalente gli effetti pregiudizievoli discendenti dalle manovre restrittive susseguitesi nel corso degli anni.

In terzo luogo, nell'ambito della cosiddetta *technology assessment*, è necessario trattare la tematica dei farmaci innovativi inquadrandola in un orizzonte strategico svincolato da pur rilevanti contingenze. A tal fine, saranno recepite le indicazioni scaturite dal dibattito per ciò che attiene all'Istituto superiore di sanità, punto di riferimento per le attività di ricerca e valutazione.

Infine, in riferimento alle previsioni recate dalla tabella E del disegno di legge di stabilità, in tema di interventi per l'edilizia sanitaria pubblica, occorre porre in rilievo il carattere prioritario delle attività di messa in sicurezza delle strutture esistenti.

Il sottosegretario DE FILIPPO, intervenendo a sua volta in replica, sottolinea preliminarmente la qualità del dibattito svolto e l'orientamento unanime della Commissione, volto alla difesa del Servizio sanitario nazionale.

In merito alla manovra finanziaria in esame, pone in rilievo che le disposizioni del disegno di legge di stabilità che danno attuazione al Patto per la salute delineano, in maniera alquanto innovativa, un quadro finanziario certo e stabile per il Servizio sanitario nazionale. In proposito, ritiene meritevole di particolare menzione la norma che destina i risparmi conseguiti dalle Regioni virtuose al riutilizzo in ambito sanitario. Soggiunge che dalle disposizioni di rilievo sanitario emerge un nuovo rapporto tra Stato e Regioni, basato su un rigoroso rispetto dei LEA, del quale è espressione la norma sulla decadenza dei direttori generali per mancato raggiungimento degli obiettivi, così come la disposizione sull'incompatibilità tra incarico di commissario *ad acta* e titolarità di cariche all'interno della regione commissariata. Meritevoli di considerazione sono, a suo giudizio, anche le norme in materia di istituti zooprofilattici, di dispositivi medici, di fondi per gli indennizzi agli emotrasfusi, di medicinali omeopatici e di competenze professionali nel settore sanitario, nonché in tema di composizione dei collegi sindacali delle aziende sanitarie.

Si sofferma quindi sulla disciplina innovativa recata dal comma 102 dell'articolo 1, concernente il gioco d'azzardo, nonché sulla prevista sperimentazione dell'utilizzo ospedaliero di farmaci monodose.

Quanto alle perplessità emerse nel corso del dibattito, fa presente che le norme in materia di personale sanitario contenute nel disegno di legge di stabilità sono ispirate ai contenuti del Patto per la salute recentemente stipulato con le Regioni, anche se probabilmente la formulazione del comma 253 dell'articolo 2 è suscettibile di revisione, laddove estende al periodo 2016-2020 i vigenti parametri di contenimento della spesa per il personale sanitario. Del pari attuative del Patto per la salute sono le disposizioni concernenti le quote vincolate: esse sono volte a superare la parcellizzazione rigida dei finanziamenti per consentire una più agevole attività di programmazione da parte delle Regioni.

In conclusione, per ciò che attiene alle indiscrezioni su possibili emendamenti governativi, fa presente che, per quanto gli consta, non è alle viste un emendamento specifico sui farmaci per l'epatite C ma un intervento più generale sui farmaci innovativi, in line con l'impostazione attuale del disegno di legge di stabilità.

La PRESIDENTE dispone quindi la sospensione della seduta. Accedendo ad una specifica richiesta della senatrice Taverna, avverte che i lavori riprenderanno alle ore 17.

La Commissione prende atto.

La seduta, sospesa alle ore 14, riprende alle ore 17.

Si passa all'esame degli ordini del giorno.

La senatrice GRANAIOLA *(PD)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1698/4/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

Il senatore Maurizio ROMANI *(Misto-MovX)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1698/3/12, G/1698/4/12, G/1698/6/12, G/1698/7/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

La senatrice ANITORI *(Misto)* dichiara di aggiungere la propria firma all'ordine del giorno n. G/1698/4/12.

Il senatore VICECONTE *(NCD)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1699/1/12, G/1698/1/12, G/1698/2/12, G/1698/3/12, G/1698/4/12, G/1698/5/12, G/1698/6/12, G/1698/7/12, G/1698/8/12, G/1698/9/12, G/1698/10/12, G/1698/11/12, G/1698/12/12, G/1698/13/12, G/1698/14/12, G/1698/15/12, G/1698/16/12, G/1698/17/12.

Il senatore SCAVONE *(GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI))* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno G/1698/1/12, G/1698/2/12, G/1698/3/12, G/1698/4/12, G/1698/5/12, G/1698/6/12, G/1698/7/12, G/1698/8/12, G/1698/9/12, G/1698/10/12, G/1698/11/12, G/1698/12/12, G/1698/13/12, G/1698/14/12, G/1698/15/12, G/1698/16/12, G/1698/17/12.

La senatrice RIZZOTTI *(FI-PdL XVII)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1699/1/12, G/1698/1/12, G/1698/2/12, G/1698/3/12 e G/1698/4/12.

La senatrice FUCKSIA *(M5S)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1699/1/12, G/1698/2/12, G/1698/5/12, G/1698/6/12, G/1698/8/12, G/1698/9/12, G/1698/11/12, G/1698/14/12 e G/1698/15/12.

La senatrice TAVERNA *(M5S)* e il senatore ICHINO *(SCpI)* dichiarano di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1698/1/12 e G/1698/17/12.

La senatrice PADUA *(PD)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1699/1/12 e G/1698/2/12.

La senatrice VALDINOSI *(PD)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1698/2/12 e G/1698/4/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

Il senatore ROMANO *(Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1699/1/12 e G/1698/4/12, G/1698/9/12, G/1698/10/12 e G/1698/16/12.

La senatrice SILVESTRO *(PD)* dichiara di aggiungere la propria firma agli ordini del giorno nn. G/1698/4/12 e G/1698/16/12.

Non essendovi richieste di intervento in sede di illustrazione, la PRESIDENTE dà gli ordini del giorno per illustrati e cede la parola al relatore per l'espressione dei pareri.

Il relatore BIANCO *(PD)* esprime parere favorevole sugli ordini del giorno G/1699/1/12, G/1698/1/12, G/1698/2/12, G/1698/3/12, G/1698/4/12, G/1698/5/12, G/1698/6/12, G/1698/7/12, G/1698/8/12, G/1698/9/12, a condizione di una riformulazione del dispositivo, G/1698/10/12, a condizione di una riformulazione del dispositivo, G/1698/11/12, G/1698/12/12, G/1698/13/12, G/1698/14/12, a condizione di una riformulazione del dispositivo, G/1698/15/12, a condizione di una riformulazione del dispositivo, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

Il sottosegretario DE FILIPPO esprime avviso conforme a quello del relatore.

La PRESIDENTE*(PD)* segnala che la riformulazione dell'ordine del giorno G/1698/15/12 è necessaria per espungere dal testo alcune parti che esulano dalla competenza della Commissione.

Accettando i proponenti le indicate riformulazioni, e nessuno richiedendo la messa in votazione, tutti gli ordini del giorno risultano accolti (i testi 2 degli ordini del giorno G/1698/9/12, G/1698/10/12, G/1698/14/12 e G/1698/15/12 sono pubblicati in allegato).

La PRESIDENTE dà quindi la parola al relatore per illustrazione dello schema di rapporto.

Il relatore BIANCO *(PD)* dà lettura di uno schema di rapporto favorevole con osservazioni, pubblicato in allegato.

La PRESIDENTE chiede se alcuno dei proponenti intenda illustrare la proposta alternativa di rapporto di cui è prima firmataria la senatrice Taverna, pubblicata in allegato. Non essendovi richieste di intervento, detta proposta è data per illustrata.

Il senatore D'AMBROSIO LETTIERI *(FI-PdL XVII)* auspica una breve sospensione della seduta, onde consentire al proprio Gruppo di ultimare la redazione di uno schema di rapporto alternativo.

La PRESIDENTE dispone conseguentemente la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 17,30, riprende alle ore 17,50.

Il senatore D'AMBROSIO LETTIERI *(FI-PdL XVII)* illustra l'annunciata proposta di rapporto alternativo (pubblicata in allegato), ribadendo le preoccupazioni per la tenuta del Servizio sanitario nazionale già espresse nel corso della discussione generale.

Ha quindi la parola il sottosegretario DE FILIPPO, il quale esprime parere favorevole sullo schema di rapporto predisposto dal relatore.

La PRESIDENTE, rispondendo ad una richiesta di delucidazioni avanzata dal senatore D'Ambrosio Lettieri, ricorda che se sarà approvato lo schema di rapporto predisposto dal relatore le due proposte alternative non potranno essere poste in votazione, in quanto precluse, ma saranno trasmesse alla 5ª Commissione come rapporti di minoranza.

La Commissione prende atto.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Il senatore D'AMBROSIO LETTIERI *(FI-PdL XVII)* dichiara di essere disponibile a rinunciare alla dichiarazione di voto a nome del proprio Gruppo, tenuto conto che la rappresentante del Gruppo PD ha informalmente manifestato l'esigenza di chiudere i lavori in tempi rapidi.

La PRESIDENTE fa rilevare che nulla osta alla formulazione delle dichiarazioni di voto, pur prendendo atto della disponibilità manifestata dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

Quindi, la senatrice DIRINDIN *(PD)*, il senatore ROMANO *(Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)*, il senatore VICECONTE *(NCD)* e la senatrice ANITORI *(Misto)* annunciano a nome dei rispettivi Gruppi voto favorevole sullo schema di rapporto presentato dal relatore. Dichiarano invece voto contrario, a nome dei rispettivi Gruppi, la senatrice TAVERNA *(M5S)* e il senatore ZUFFADA *(FI-PdL XVII)*.

Accertata la presenza del prescritto numero di senatori, la PRESIDENTE pone in votazione lo schema di rapporto favorevole con osservazioni predisposto dal relatore, che risulta approvato.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA DI DOMANI

La PRESIDENTE avverte che la seduta già convocata per domani alle ore 10 non avrà luogo.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 18,05.

RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2015 E PER IL TRIENNIO 2015-2017, E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (DISEGNI DI LEGGE NN. 1699 E 1699-*BIS* – TABELLA 14 E 14-*BIS*), E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698

La 12ª Commissione permanente;

esaminati i documenti in titolo;

premesso che le risorse pubbliche attribuite al finanziamento del SSN rappresentano non un mero costo di bilancio ma un investimento nello sviluppo civile, sociale ed economico del Paese, in quanto la filiera della salute, costituita da una rilevante concentrazione di fattori produttivi umani e tecnologici ad altissima contenuto di competenze, ricerca ed innovazione, nell'economia reale contribuisce al PIL secondo stime per il 12,5 per cento; presidia tutele di diritti posti a fondamento della identità e coesione sociale e redistribuisce reddito sotto forma di servizi alla persona proteggendo le fasce più deboli soprattutto in condizioni di crisi economica;

considerato che la garanzia di un quadro di certezze economiche alla programmazione regionale in materia sanitaria è un obiettivo da perseguire e soprattutto da tutelare nelle forme e nei contenuti più avanzati possibili, proprio nelle fasi più difficili anche come strumento di governo della crisi economica;

formula, per quanto di competenza, un rapporto favorevole,

con le seguenti osservazioni:

1) fermo restando il principio secondo cui i risparmi conseguiti nella gestione dei servizi sanitari restano nelle disponibilità delle Regioni per esclusive finalità sanitarie, la riduzione dei trasferimenti finanziari alle amministrazioni regionali e comunali implicherà oggettivamente ulteriori misure di contenimento della spesa sanitaria, esaltando quindi la necessità di azioni di monitoraggio e vigilanza sulla effettiva erogazione dei LEA e sui connessi profili di efficacia, qualità e sicurezza, anche mediante le incisive misure di commissariamento dei governi regionali e di decadenza dei vertici delle aziende sanitarie introdotte dal disegno di legge di stabilità;

2) la prevista confluenza delle quote fino ad oggi vincolate a specifici obiettivi di tutela di cui ai commi 229 e 230 dell'articolo 2 del disegno di legge di stabilità nel fondo sanitario da ripartire secondo parametri di costi *standard*, pur rispondendo ad una logica di funzionalità e disponibilità delle risorse stesse, non deve trascurare una funzione di attenta valutazione sull'effettiva tutela dei soggetti e delle condizioni ai quali quei fondi erano riferiti. Potrebbe risultare coerente a tale scopo prevedere, anche con norme regolamentari, che l'esito di tale valutazione entri a far parte dei criteri per il riparto della quota premiale. Sempre con atti regolamentari sarebbe quindi appropriato identificare agili strutture di monitoraggio sull'erogazione di tali prestazioni, in relazione ai bisogni espressi sulla base di flussi informativi standardizzati;

3) il grande contributo che il SSN ha concretamente dato all'opera di contenimento della spesa pubblica e dei sui riflessi sugli indici macroeconomici ha pesantemente gravato sulle condizioni di lavoro degli operatori ai quali vanno dati segnali di attenzione al loro *status* operativo, normativo e retributivo, a cominciare dalle situazioni più critiche sia nell'ambito ospedaliero (urgenze, emergenze, rianimazioni, trapianti, alta specialità) che in quello delle cure primarie (cure domiciliari integrate ai non autosufficienti, oncologici, psichiatrici);

4) la particolare attenzione che opportunamente viene rivolta alle attività di governo dei farmaci e dei presidi biomedicali e degli ausili nella logica del *technology assessment* necessita di una attenta rivalutazione del ruolo, delle competenze e della funzionalità operativa dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'AIFA quali riferimenti di eccellenza pubblica della ricerca e della valutazione di efficacia e sicurezza delle attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. A tale fine appaiono indispensabili interventi di stabilizzazione relativamente al personale di tali strutture, personale di elevata qualificazione oggi impiegato con contratti di lavoro precari e condizionato dalle commesse di ricerca o valutazione a tali enti affidati;

5) la disponibilità di farmaci ad altissima efficacia ed altissimo costo unitario per trattamento capaci di eradicare il virus della Epatite C, cambiando radicalmente la storia clinica dei soggetti infetti e i costi conseguenti al loro trattamento, rende improcrastinabile una misura specifica che, in coerenza con una strategia di approccio a tutti i farmaci innovativi, definisca, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici e priorità cliniche, una appropriata disponibilità economica e relative fonti di finanziamento;

6) la prevista disponibilità di risorse per l'edilizia sanitaria rappresenta lo sforzo massimo possibile in questa fase e proprio per questa ragione dovrebbe riconoscere tra i criteri di priorità di spesa un progetto per la messa in sicurezza degli ospedali.

SCHEMA DI RAPPORTO PROPOSTO DALLE SENATRICI TAVERNA, FUCKSIA, SIMEONI SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2015 E PER IL TRIENNIO 2015-2017, E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (DISEGNI DI LEGGE NN. 1699 E 1699-*BIS* – TABELLA 14 E 14-*BIS*), E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698

La 12ª Commissione permanente, esaminati, per le parti di propria competenza, il disegno di legge A.S. 1699 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017» e le parti corrispondenti del disegno di legge A.S. 1698 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)»

premesso che:

la politica di tagli lineari crescenti dei finanziamenti al SSN imposta negli ultimi anni ha messo seriamente a rischio l'assetto universalistico del sistema e la sua sostenibilità. La crisi economica, ha infatti, imposto tagli e sacrifici, mentre i crescenti bisogni assistenziali richiedono sempre maggiori investimenti;

gli interventi e le iniziative del Governo assunte fino ad oggi non rappresentano una risposta adeguata rispetto alla drammatica situazione economica e finanziaria in cui versa oramai da troppo tempo il nostro Paese;

i tagli previsti al comparto sanitario si traducono in riduzione della qualità e quantità delle prestazioni sanitarie e soprattutto non garantiscono il principio costituzionale dell'assistenza universalistica e mettono a rischio l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

per quanto di competenza, relativamente al disegno di legge di bilancio per l'anno 2015:

nell'ambito della missione n. 20, «Tutela della salute», è prevista una riduzione di circa 155.824.870 per l'anno 2015, rispetto al dato assestato per il 2014 di 999.471.459, sfavorendo ulteriormente un settore di fondamentale importanza per il Paese;

il programma 20.3, «Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza» reca una riduzione di 136.529.135 per l'anno 2015, rispetto alle previsioni assestate 2014 di 217.503,956. A seguito delle modifiche apportate dalla Camera dei depu-

tati nella Nota di variazioni al bilancio risulta una ulteriore riduzione di 850.000 per l'anno 2015;

per quanto di competenza, relativamente al disegno di legge di stabilità per l'anno 2015:

il comma 102 dell'articolo 1, destina annualmente, a decorrere dall'anno 2015, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale una quota pari a 50 milioni di euro per la cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Per ludopatia (o gioco d'azzardo patologico) si intende l'incapacità di resistere all'impulso di giocare d'azzardo o fare scommesse, nonostante l'individuo che ne è affetto sia consapevole che questo possa portare a gravi conseguenze. Il gioco d'azzardo compulsivo secondo l'OMS è una forma morbosa chiaramente identificata e che, in assenza di misure idonee d'informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, un'autentica malattia sociale. L'importo stanziato di 50 milioni destinato alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione appare insufficiente alla luce del fatto che nel nostro paese ci sono migliaia di persone affette da questa patologia. Cresce, infatti, il numero di coloro che diventano compulsivamente dipendenti dal gioco d'azzardo e pertanto bisognerebbe investire più risorse per contrastarlo;

il comma 118 dell'articolo 1, stabilisce uno stanziamento per il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015. Uno stanziamento più basso rispetto all'anno 2014 di 317 milioni di euro;

per quanto concerne le politiche sociali ed il welfare, il comma 119 dell'articolo 1, prevede la dotazione del Fondo per le non autosufficienze di 400 milioni di euro per il 2015, e di 250 milioni a decorrere dal 2016, prevedendo che lo stanziamento del Fondo sia rivolto anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). La legge di stabilità per il 2014, ha stanziato complessivamente 350 milioni euro: 275 milioni di euro per il Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e ulteriori di 75 milioni di euro per l'anno 2014 in favore degli interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da SLA. Le risorse assegnate al Fondo dalla legge di stabilità in esame pur prevedendo uno stanziamento di 400 milioni per il 2015, determina una riduzione di 150 milioni a partire dal 2016;

il comma 264 dell'articolo 2, autorizza per il 2015 la spesa fino ad un massimo di 40 milioni di euro in favore della Regione Molise, in relazione alla grave situazione economico- finanziaria e sanitaria determinatasi nella Regione stessa. Considerato che otto Regioni nel nostro paese sono soggette ai piani di rientro – finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali – lo stanziamento di 40 milioni risulta essere particolarmente elevato per una sola regione; ci sono situazioni di emergenza che si ravvisano nel settore sanitario in molte realtà territoriali e, pertanto, c'è l'esi-

genza di riequilibrare le risorse necessarie nell'ottica di impiegarle anche per altre finalità;

il comma 262 dell'articolo 2 autorizza la spesa di 3 milioni di euro per il 2015 e di 1,5 milioni di euro annui a decorrere dal 2016 per la prevenzione e contrasto delle malattie infettive e diffuse nel territorio nazionale. A fronte dell'emergenza del virus Ebola lo stanziamento previsto è insufficiente e si riduce del cinquanta percento a decorrere dal 2016. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha dichiarato che la diffusione del virus Ebola in Africa occidentale è un'emergenza di salute pubblica di interesse internazionale. In Italia vi sono 2 centri di riferimento per la patologia (l'ospedale «Lazzaro Spallanzani» di Roma e il «Sacco» di Milano). Al comma 263 dell'articolo 2, viene stanziato un contributo straordinario di 2 milioni di euro per il 2015 e di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017, per potenziare le attività di contrasto delle malattie infettive (Ebola) dell'Istituto Nazionale «Lazzaro Spallanzani» di Roma. Il virus Ebola potenzialmente può diffondersi anche nelle strutture sanitarie se non vi è un adeguato controllo ed è fondamentale che tutte le strutture sanitarie sul territorio nazionale siano organizzate per fronteggiare eventuali casi di contagio del virus e di conseguenza, bisognerebbe aumentare le risorse destinate per la prevenzione e il contrasto delle malattie infettive;

è previsto un taglio del contributo all'Unione italiana ciechi per 192 mila euro per ciascun anno del triennio 2015-2017;

è prevista una riduzione del Fondo per il finanziamento di attività ricerca in ambito sanitario (articolo 12, comma 2 del d.lgs. n. 502/1992). La legge di stabilità del precedente anno assegnava circa 288 milioni di euro per il 2014. La legge di stabilità per il 2015 assegna invece 253,8 milioni per il 2015 e 254, 2 milioni per ciascuno degli anni 2016 e 2017;

è previsto un taglio per gli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo che si riducono da 325 mila euro per l'anno 2014 a 309 mila euro per il 2015 e 310 mila euro per il 2016. Nel nostro Paese la tutela degli animali e la lotta al randagismo sono principi fondamentali sanciti dalla legge 14 agosto 1991, n. 281, «Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo» che stabilisce «*lo Stato promuove e disciplina la tutela degli animali d'affezione, condanna gli atti di crudeltà contro di essi, i maltrattamenti ed il loro abbandono alfine di favorire la corretta convivenza tra uomo e animale e di tutelare la salute pubblica e l'ambiente*». Un passo importante che riconosce agli animali d'affezione il diritto alla vita evitando la soppressione di quelli senza proprietario rinvenuti vaganti sul territorio. Le risorse stanziate non sono sufficienti per garantire tutte le misure previste dalla suddetta legge come ad esempio l'attuazione da parte dei comuni di piani di controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione dei randagi;

le misure previste e le riduzioni delle risorse assegnate minano la tutela del diritto alla salute.

Il sistema sanitario nazionale dovrebbe promuovere e migliorare le condizioni di salute dei cittadini, attraverso iniziative di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

è fondamentale potenziare le risorse per la gestione del settore della sanità in quanto la sostenibilità del SSN non può essere garantito con stanziamenti inadeguati;

formula, per quanto di competenza, rapporto contrario.

SCHEMA DI RAPPORTO PROPOSTO DAI SENATORI D'AMBROSIO LETTIERI, RIZZOTTI, FLORIS, SCILIPOTI, Isgrò E ZUFFADA SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2015 E PER IL TRIENNIO 2015-2017, E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (DISEGNI DI LEGGE NN. 1699 E 1699-*BIS* – TABELLA 14 E 14-*BIS*), E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698

La 12ª Commissione, Igiene e sanità,

esaminato lo stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2015, nonché, limitatamente alle parti di competenza, il disegno di legge di stabilità 2015

premesso che:

il disegno di legge di Stabilità si inserisce in un contesto economico generale che si caratterizza per una forte spinta recessiva;

in tale contesto sarebbe stato necessario varare misure incisive per la crescita e per alleviare il carico fiscale gravante su cittadini e imprese; al tempo stesso sarebbe stato necessario un intervento efficace ed incisivo a tutela dei pensionati, delle famiglie in difficoltà e dei soggetti più fragili;

considerato che:

in un contesto economico così gravemente recessivo, un Governo lungimirante e attento ai bisogni dei cittadini avrebbe dovuto abbandonare l'idea di una sanità intesa solo in termini di voci di costo suscettibili di tagli lineari, e ispirarsi ad una prospettiva più ampia in cui la sanità fosse correttamente considerata come un sensore dei livelli di efficienza ed efficacia delle politiche di welfare in una logica solidale, equa e universale;

per quanto riguarda le parti di interesse della Commissione Igiene e Sanità il disegno di legge di Stabilità prefigura infatti, pesantissimi tagli che minano le basi stesse del SSN pregiudicandone la solidarietà e l'universalità e acuendo le condizioni di stress e tensione sociale che già gravano sul Paese minacciandone la coesione e il patto intergenerazionale;

la spesa sanitaria pubblica in Italia è la più bassa rispetto agli altri Paesi europei e rappresenta un paradigma di efficacia e di efficienza

a livello internazionale, sia pure con forti disomogeneità territoriali al suo interno;

considerato inoltre, che:

il Patto per la Salute 2014/2016 recentemente siglato da Governo e Regioni, all'esito di una lunga trattativa, risulta sostanzialmente tradito dalle disposizioni recate nel presente disegno di legge;

in tal senso è sufficiente rilevare (commi da 141 a 161) che il contributo alla finanza pubblica di 4 miliardi richiesto alle Regioni rappresenta già di per sé un taglio mascherato alla sanità, dato che più del 70 per cento della spesa regionale riguarda il comparto sanitario;

a ciò si aggiunga anche che la sbandierata intangibilità del finanziamento del Fsn contenuta nel Patto per la Salute e recepito nel comma 225 dell'articolo 2 del disegno di legge in titolo, ha dimostrato negli ultimi giorni tutta la sua debolezza alla luce dell'Accordo che le Regioni e il Governo si accingono a concludere e che determinerà il quasi totale azzeramento del previsto incremento di 2 miliardi dell'Fsn per il 2015;

le Regioni infatti hanno già dichiarato che raggiungeranno gli obiettivi di risparmio non solo razionalizzando, come giusto che sia, gli acquisti di beni e servizi ma anche restringendo ulteriormente la spesa farmaceutica già attualmente assoggettata a tetti di spesa molto rigorosi anche a fronte della comparazione con altri sistemi europei;

risulta anche smentito nei fatti l'altrettanto sbandierato principio di cui al comma 226 dell'articolo 2, in base al quale sarebbero stati destinati alle Regioni per finalità sanitarie gli eventuali risparmi conseguiti nella gestione del SSN, in quanto a fronte dei prefigurati tagli non sono rinvenibili ulteriori voci di spesa suscettibili di riduzione senza che ciò non implichi un ulteriore peggioramento della qualità e della continuità delle prestazioni stesse;

considerato infine, che:

ancora una volta si predilige la logica dei tagli lineari, evitando di risolvere le reali criticità che affliggono il SSN. Prova ne è il fatto che il disegno di legge in titolo non contiene alcun riferimento a misure volte a contrastare sprechi, inefficienze e corruzione, voci che ammonterebbero a circa 30 miliardi di euro, come dichiarato dal Ministro Lorenzin lo scorso 14 novembre;

inoltre non vi è riscontro di impegni rivolti a delineare una politica farmaceutica capace di tener conto dell'ingresso di farmaci innovativi che a fronte di un grande impatto in termini finanziari potrebbero consentire un miglioramento delle condizioni di salute e delle aspettative di vita dei cittadini affetti da gravi patologie;

preso atto che:

quanto fin qui esposto si colloca in un contesto già caratterizzato da reiterati interventi economici a carico dei cittadini attraverso l'incremento consistente delle compartecipazioni alla spesa sanitaria registratosi

negli ultimi anni e che ha provocato un aumento dei ticket sui farmaci e sulla specialistica pregiudicando quindi l'accessibilità alle cure;

a tale riguardo è stata riscontrata una diminuzione della domanda di farmaci nelle Regioni che hanno aumentato il prezzo dei ticket, così come è cresciuta in maniera significativa la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver rinunciato a visite mediche per motivi economici;

preso atto inoltre, che:

risulta evidente l'impossibilità di garantire gli obiettivi da tempo prefissati e costantemente disattesi concernenti l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza con riferimento alle patologie croniche e alle Malattie rare, nonchè all'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario delle protesi e degli ausili;

risulta altresì evidente, alla luce delle previsioni di cui al comma 253 dell'articolo 2, il disimpegno nei confronti del personale addetto al comparto sanitario, assoggettato da tempo al blocco del turn over, al blocco economico della contrattazione del pubblico impiego nonché all'estenuante condizione di precarietà contrattuale, circostanze che rischiano di pregiudicare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza a discapito ancora una volta dei cittadini;

preso atto infine, che:

sarebbe stato auspicabile un intervento volto a risolvere alcuni annosi problemi che affliggono il comparto sanità, tra cui ad esempio, il tema della responsabilità professionale. A tal riguardo non si riscontrano nel provvedimento in titolo disposizioni atte ad arginare la diffusa pratica della medicina cosiddetta difensiva che oltre a minare l'alleanza terapeutica medico-paziente rappresenta una fonte significativa di costi a carico del SSN;

inoltre, i prefigurati tagli al fondo sanitario nazionale e alle risorse destinate alle Regioni non consentiranno di affrontare in modo adeguato le imminenti sfide connesse al progressivo invecchiamento della popolazione e con esso al crescente aumento delle cronicità come diabete, malattie cardiovascolari e demenze;

la Commissione per quanto di competenza formula un rapporto favorevole con le seguenti condizioni:

1. occorre garantire che la prefigurata riduzione di 1,5 miliardi di euro dell'incremento del Fsn concordato tra il Governo e le Regioni non pregiudichi l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e non comporti a livello regionale un'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica già attualmente assoggettata a tetti di spesa molto rigorosi;

2. è necessario introdurre previo coordinamento con le Regioni, misure specifiche atte a rafforzare il sistema di individuazione, di prevenzione e contrasto alle aree di inefficienza e sprechi, nonchè i fenomeni corruttivi presenti nel Servizio sanitario nazionale al fine di recupe-

rare risorse da destinare prioritariamente all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza;

3. è necessario provvedere mediante appositi finanziamenti all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza con riferimento alle patologie croniche e rare, nonchè all'aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili;

4. è necessario che le disposizioni di cui al comma 253 lettera *a)* dell'articolo 2 siano modificate nel senso di ridurre la prevista estensione al periodo 2016-2020 dei vigenti parametri di contenimento della spesa per il personale degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, limitandole al solo anno 2015

5. è necessario rideterminare il finanziamento del Fondo sanitario nazionale alla luce dell'impatto delle cronicità come diabete, malattie cardiovascolari e demenze connesse al progressivo invecchiamento della popolazione.

6. è necessario prevedere specifiche disposizioni idonee a rendere più concreta la possibilità di accesso ai farmaci innovativi unitamente alla sostenibilità del sistema sanitario;

7. è necessario introdurre disposizioni recanti una disciplina organica in materia di condizioni assicurative degli esercenti le professioni sanitarie che tenga conto delle diverse tipologie di professionisti interessati (medici dipendenti, liberi professionisti e convenzionati), nonché delle diverse professioni di area medica, al fine di garantire un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale e di assicurare la piena obbligatorietà della copertura assicurativa, anche mediante l'istituzione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore.

ORDINE DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N. 1699

G/1699/1/12

ORELLANA, Maurizio ROMANI, ANITORI, SCAVONE, SCALIA, D'ADDA, VACCARI, SCILIPOTI ISGRÒ, DE PIETRO, PAGLIARI, BATTISTA, MASTRANGELI, BIGNAMI, GAMBARO, PUPPATO, LANIECE, MICHELONI, VICECONTE, RIZZOTTI, FUCKSIA, PADUA, ROMANO

La 12ª Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017»;

premesso che:

l'articolo 32, primo comma della Costituzione sancisce che: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti;

l'articolo 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea mira ad assicurare che, nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione, sia garantito un livello elevato della protezione della salute umana, stabilendo inoltre che l'azione dell'Unione si indirizza alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale;

premesso altresì che:

con l'articolo 92, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», è stato istituito il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO);

mediante tale disposizione il Ministero della salute ha inteso dotare l'Italia di un centro di eccellenza per la cura dei tumori con particelle pesanti, protoni e ioni carbonio, particelle denominate adroni;

l'adroterapia è un trattamento indolore, preciso e mirato che consente di colpire il tumore in modo selettivo, senza danneggiare i tessuti sani che lo circondano e, in alcuni casi, di uccidere anche le cellule «sopravvissute» alla radioterapia convenzionale. In particolare le patologie trattate riguardano i seguenti tumori: cordomi e condrosarcomi della base cranica, cordomi e condrosarcomi della spina e del sacro, meningiomi intracranici, tumori localmente avanzati della testa-collo, tumori

delle ghiandole salivari, sarcomi delle ossa e dei tessuti molli testa-collo e spina, mela nomi mucosi, adenomi pleomorfi ricorrenti, reirradiazioni dei tumori testa-collo, tumori dell'orbita, tumore della prostata ad alto rischio, tumore del pancreas localmente avanzato, reirradiazioni di recidive del cancro del retto, epatocarcinomi. Alle indicazioni precedenti si aggiungeranno le patologie polmonari e i tumori pediatrici;

l'adroterapia si configura, pertanto, come trattamento salvavita;

considerato che:

il 10 luglio scorso è stata sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, l'accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema;

in particolare, secondo quanto illustrato nel materiale pubblicato dal Ministero della salute, tra i punti cardine del Patto vi è l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso alle cure, ai farmaci e a un livello qualitativo di assistenza;

altro elemento caratterizzante il nuovo patto della Salute consiste in un aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) che preveda l'eliminazione delle prestazioni e cure ormai obsolete e dispendiose in termini di risorse, introducendo cure più moderne ed efficaci per la cura delle malattie, con specifica attenzione verso le patologie rare o particolarmente gravi;

considerato altresì che:

nel corso del triennio 2015-2017 l'obiettivo della Fondazione CNAO è di aumentare progressivamente il numero dei pazienti trattati: 500 nel 2015, 750 nel 2016 per arrivare a 1.000 nel 2017. Dall'analisi economico-finanziaria risulta che il raggiungimento di questo numero di pazienti rappresenta la possibilità per il Centro di raggiungere pareggio di bilancio;

nel gennaio 2014 è iniziata la fase autorizzata dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e a oggi sono stati trattati oltre 200 pazienti, che portano il numero complessivo a quasi 400 pazienti trattati;

per riuscire a raccogliere in maniera efficiente i pazienti da tutto il territorio italiano è però necessario che l'adroterapia sia riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale in modo che sia accessibile a tutti i pazienti;

attualmente solamente la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna riconoscono il trattamento di adroterapia pertanto, i pazienti delle altre regioni devono ottenere preventivamente l'autorizzazione delle ASL di provenienza, determinando il frequente verificarsi di ritardi e dinieghi dell'autorizzazione al trattamento;

il provvedimento in esame, nella Tabella n. 14 recante «Stato di previsione del Ministero della salute», stabilisce gli stanziamenti attribuiti

al programma 20.3 «Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza» della missione 20 Tutela della salute;

considerato altresì che:

la direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, in particolare con l'articolo 4 e l'articolo 12, oltre a promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri prevede che la libertà di ricevere assistenza sanitaria in tutta l'Unione europea deve essere accompagnata da garanzie di qualità e di sicurezza;

la marcatura CE e l'attività clinica hanno dimostrato la sicurezza e l'efficienza del dispositivo medico CNAO, per tale ragione molti enti stranieri hanno chiesto consulenza, collaborazione e supporto per la realizzazione di molteplici iniziative;

il quinquennio appena trascorso ha visto il consolidarsi dell'immagine del CNAO nel panorama internazionale. Ne sono prova i progetti di ricerca finanziati nel 7º Programma quadro che hanno visto il CNAO come protagonista: nell'ambito del progetto quadriennale ULICE (*Union of Light Ion Centre in Europe*), il CNAO ha coordinato 20 istituti europei organizzati in tre principali aree di attività: *Joint Reasearch Activities, Networking Activities, Trans-National Access*; nel progetto triennale PARTNER (*Particle Training Network for European Radiotherapy*), il Centro ha avuto l'incarico di formare personale medico, tecnico e di fisica medica proveniente da tutto il mondo;

il CNAO ha già presentato progetti di ricerca nel nuovo programma Horizon2020 e sono in finalizzazione progetti di ricerca clinica, inclusi studi randomizzati di fase III, in collaborazione con prestigiosi istituti internazionali;

in particolare, a EBG *Med-Austron* di Vienna, il CNAO ha fornito i progetti e i disegni costruttivi dell'alta tecnologia, sta costruendo i sistemi di distribuzione della dose al paziente e alcuni componenti di diagnostica di fascio e recentemente ha concordato la partecipazione di alcuni membri del proprio *staff* alle attività di *commissioning* del centro;

tenuto conto del fatto che:

ad un quadro scientifico-clinico di eccellenza non ha però corrisposto una situazione finanziaria stabile;

l'impianto CNAO è costato 135 milioni di euro ai quali vanno aggiunti 45 milioni per la sperimentazione chiesta dal Ministero della salute, finalizzata alla marcatura CE e conclusasi nel dicembre 2013;

i contributi a fondo perduto giunti finora ammontano a complessivi 118 milioni di euro, dei quali 94.5 erogati dal Ministero della Salute, 10 milioni da Regione Lombardia, 8.5 milioni da Fondazione Cariplo;

nonostante la legge del 27 dicembre 2006, n. 296, stabilisse un finanziamento annuo al CNAO pari a 10 milioni di euro, l'importo corrisposto dallo Stato è stato disatteso a partire dal 2009 e la somma complessiva

si è rivelata largamente insufficiente, determinando pertanto un disavanzo che a fine 2013 ammontava a circa 62 milioni di euro;

nonostante la legge del 27 dicembre 2006, n. 296, stabilisse il finanziamento al CNAO di 10 milioni di euro all'anno, l'importo corrisposto dallo Stato è stato disatteso a partire dal 2009 e la somma complessiva si è rivelata largamente insufficiente, per cui il disavanzo a fine 2013 ammontava a circa 62 milioni di euro;

il governatore della Regione Lombardia, nel luglio 2013 scrisse all'attuale Ministro della salute, On. Beatrice Lorenzin, suggerendo «la possibilità che il CNAO sia individuato quale Centro di riferimento nazionale per le attività da esso erogate. In tale ottica sarebbe opportuno prevedere, nell'ambito del riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, uno specifico stanziamento dedicato in misura sufficiente a garantire la messa a regime del Centro e successivamente la copertura delle spese di funzionamento»,

impegna il Governo a:

destinare quanto prima i 35 milioni di euro necessari per evitare la chiusura del Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, chiusura che sancirebbe la definitiva rinuncia a dare una possibilità di guarigione alle migliaia di pazienti curabili solamente grazie all'adroterapia, determinando comunque la necessità di coprire i debiti in essere e di licenziare il personale attualmente impiegato;

inserire l'adroterapia oncologica nell'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un *ticket*, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N. 1698

G/1698/1/12

FUCKSIA, GAETTI, SIMEONI, CRIMI, PUGLIA, MONTEVECCHI, CASTALDI, BULGARELLI, VACCIANO, CATALFO, SERRA, SCIBONA, VICECONTE, SCAVONE, RIZZOTTI, TAVERNA, ICHINO

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)»

premesso che:

l'articolo 2 del provvedimento in esame reca norme per l'attuazione del Patto per la salute 2014-2016;

considerato che:

il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica è una fondazione privata senza scopo di lucro che, istituita dal Ministero della Salute nel 2001, ha sede operativa a Pavia;

il CNAO è il primo centro ospedaliero in Italia dedicato al trattamento dei tumori mediante l'adroterapia, una forma di radioterapia a fasci esterni che utilizza fasci di protoni, neutroni o ioni positivi per il trattamento dei tumori che non sono operabili e sono resistenti alla radioterapia tradizionale; il CNAO è l'unico in Italia a praticare l'adroterapia, il secondo in Europa e il terzo a livello mondiale;

il Centro è convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale e all'inizio di quest'anno ha ottenuto dall'Istituto Superiore di Sanità la marcatura europea CE;

l'articolo 1, comma 320 della legge 27 dicembre 2013, n. 147, ha stabilito che «Al fine di consentire le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2014 a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica (CNAO)»;

considerato inoltre che:

oggi il CNAO, a causa dei tagli ai finanziamenti, si trova in grande difficoltà e rischia di chiudere con grave danno per le diverse migliaia di pazienti oncologici che ogni anno in Italia avrebbero bisogno di un trattamento di adroterapia;

impegna il Governo:

a valutare di destinare le risorse necessarie a scongiurare il pericolo di chiusura del centro di eccellenza del CNAO in misura non inferiore a tre milioni di euro come previsto dalla legge di stabilità per il 2014 e consentire così la continuazione delle attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici.

G/1698/2/12

ANITORI, GRANAIOLA, BIANCONI, AIELLO, CONTE, FASIOLO, ORELLANA, MIRABELLI, MANCUSO, CUOMO, AMATI, MASTRANGELI, DE PIETRO, BOCCHINO, PEZZOPANE, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI, RIZZOTTI, FUCKSIA, PADUA

La 12ª Commissione,

premesso che l'Articolo 2, del provvedimento in esame tratta di norme per l'attuazione del Patto per la salute 2014-2016

– considerato che:

l'Italia è il Paese europeo con la maggiore prevalenza di epatite C (HCV), con circa 400.000 casi diagnosticati, con 20.000 morti l'anno per cirrosi e tumore del fegato, di cui 10.000 correlati all'Epatite C, e con pazienti HCV positivi in attesa di un trapianto che rappresentano circa il 40-50 per cento del totale dei pazienti in lista di attesa;

– considerato inoltre che i nuovi medicinali innovativi per la cura di HCV – tra – cui il «sofosbuvir» recentemente approvato anche in Italia per tale patologia, incrementano significativamente i tassi di guarigione sino ad arrivare al 90-100 per cento;

– che da recenti dichiarazioni del Ministro della salute è ipotizzabile un percorso decennale per eradicare completamente l'epatite C dal nostro paese mediante un fondo *ad hoc* decennale per garantire l'accesso ai farmaci, preceduto da un censimento dei malati; fondo che ad oggi sarebbe privo di copertura finanziaria;

– considerato inoltre che 400.000 pazienti sono tuttora in attesa delle risposte da parte dei Ministri competenti in merito al finanziamento speciale che dovrebbe garantire questo importante farmaco salva vita e quelli che seguiranno a breve, efficaci e con effetti collaterali poco significativi per gli ammalati di epatite C;

– ed infine considerato che fornire una cura a tutte le persone affette da epatite c significa anche risparmiare miliardi di euro tuttora spesi per gestire le conseguenze della malattia non curata come giornate di lavoro perse a causa della cirro si, tumori al fegato, trapianti, come anche tutti i costi indiretti sostenuti dalle persone malate e dalle loro famiglie;

impegna il Governo:

a quantificare con maggiore precisione le risorse economiche necessarie per garantire la rimborsabilità dei nuovi farmaci innovativi anti epatite C a tutti i pazienti affetti dalla patologia, al fine di una dettagliata programmazione di finanziamento a partire dal 2015;

ad implementare concretamente il Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali garantendo l'accesso alle nuove terapie anti HCV a carico del sistema sanitario nazionale a tutti i pazienti affetti da epatite C, nonché attraverso l'istituzione di un apposito fondo pluriennale vincolato di almeno 650 milioni di euro annui;

a garantire equità ed omogeneità di accesso ai nuovi medicinali innovativi anti epatite C da considerarsi salva vita per migliaia di pazienti e posti a carico del servizio sanitario nazionale in tutte le regioni d'Italia al fine di evitare disparità di accesso al trattamento e di migrazioni tra le regioni.

G/1698/3/12

FUCKSIA, Maurizio ROMANI, VICECONTE, SCAVONE, RIZZOTTI

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che l'Articolo 2 del provvedimento in esame reca norme per l'attuazione del Patto per la salute 2014-2016;

considerato che:

– l'Italia è il Paese europeo con la maggiore prevalenza di epatite C (HCV), con circa 400.000 casi diagnosticati, con 20.000 morti l'anno per cirrosi e tumore del fegato, di cui 10.000 correlati all'Epatite C, e con pazienti HCV positivi in attesa di un trapianto che rappresentano circa il 40-50 per cento del totale dei pazienti in lista di attesa;

– i nuovi medicinali innovativi per la cura di HCV – tra cui il «sofosbuvir» recentemente approvato anche in Italia per tale patologia, incrementano significativamente i tassi di guarigione sino ad arrivare al 90-100 per cento;

– da recenti dichiarazioni del Ministro della salute è ipotizzabile un percorso decennale per sradicare completamente l'epatite C dal nostro paese mediante un fondo ad hoc decennale per garantire l'accesso ai farmaci, preceduto da un censimento dei malati; fondo che ad oggi sarebbe privo di copertura finanziaria;

considerato inoltre che:

– 400.000 pazienti sono tuttora in attesa delle risposte da parte dei Ministri competenti in merito al finanziamento speciale che dovrebbe garantire questo importante farmaco salvavita e quelli che seguiranno a breve, efficaci e con effetti collaterali poco significativi per gli ammalati di epatite C; fornire una cura a tutte le persone affette da epatite C significa anche risparmiare miliardi di euro tuttora spesi per gestire le conseguenze della malattia non curata come giornate di lavoro perse a causa della cirro si, tumori al fegato, trapianti, come anche tutti i costi indiretti sostenuti dalle persone malate e dalle loro famiglie;

impegna il Governo:

a quantificare con maggiore precisione le risorse economiche necessarie per garantire la rimborsabilità dei nuovi farmaci innovativi anti epatite C a tutti i pazienti affetti dalla patologia, al fine di una dettagliata programmazione di finanziamento a partire dal 2015;

ad implementare concretamente il Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali garantendo l'accesso alle nuove terapie anti HCV a carico del sistema sanitario nazionale a tutti i pazienti affetti da epatite C, nonché attraverso l'istituzione di un apposito fondo pluriennale vincolato di almeno 650 milioni di euro annui;

a garantire equità ed omogeneità di accesso ai nuovi medicinali innovativi anti epatite C da considerarsi salva vita per migliaia di pazienti e posti a carico del servizio sanitario nazionale in tutte le regioni d'Italia al fine di evitare disparità di accesso al trattamento e di migrazioni tra le regioni.

G/1698/4/12

MATURANI, DIRINDIN, MATTESINI, PADUA, AMATI, ORRÙ, SPILABOTTE, FISSORE, PEZZOPANE, BORIOLI, ZANONI, MANASSERO, CHITI, CANTINI, GUERRA, DALLA ZUANNA, CIRINNÀ, FABBRI, VERDUCCI, GIACOBBE, SOLLO, Elena FERRARA, COLLINA, ASTORRE, DE BIASI, BIANCO, GRANAIOLA, SILVESTRO, ROMANO, Maurizio ROMANI, ANITORI, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI, RIZZOTTI

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015) (A. S. 1698),

premesso che:

negli ultimi decenni i mutamenti sociali e culturali hanno moltiplicato l'eterogeneità delle composizioni familiari. Con l'affermazione della

famiglia mononucleare, o addirittura monogenitoriale, sono aumentate le incertezze, le ansie, i sentimenti depressivi seguenti al parto. La coppia genitoriale si trova in condizioni di maggiore solitudine, a questo si aggiunga il numero sempre più elevato di coppie miste e/o immigrate non ancora ben integrate e radicate nel tessuto sociale e che spesso ignorano l'esistenza di una rete di aiuto;

le ricerche sulla maternità in campo psicologico e sociale, hanno da tempo evidenziato la necessità di dare aiuto alle donne, le cui trasformazioni psicofisiologiche nella gravidanza e nel puerperio provocano in alcune di loro un'elevata vulnerabilità sufficiente a provocare stati di profondo disagio psicologico, disturbi dell'umore o dell'adattamento al ruolo materno di tipo più o meno grave;

a fronte delle suddette criticità appare necessario attivare risorse personali e sociali, organizzare servizi e strutture idonee a creare una rete di supporto che possa avvalersi delle sinergie tra privato sociale e pubblico. Per l'attuazione di interventi di prevenzione e di promozione alla genitorialità, sono necessari operatori che affianchino la famiglia nelle situazioni a rischio sempre più diffuse durante la gravidanza, durante il puerperio e nei primi tempi di vita del bambino, offrendo un supporto ambientale di sostegno e di recupero delle competenze familiari, così come anche l'OMS raccomanda in un documento del 1985;

considerato che:

a fronte di un disagio sempre più diffuso e con esiti, come riportati dalle cronache, spesso drammatici, spetta al legislatore saper cogliere e interpretare i fenomeni collettivi, per poter poi intervenire con politiche in linea con i cambiamenti familiari e sociali degli ultimi anni;

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014), (A.S. 1120), è stato accolto l'Ordine del Giorno G/1120/3/12 (testo 2) di contenuto identico al presente;

ad oggi non risultano adottati atti conseguenti all'approvazione del predetto ordine del giorno,

impegna il Governo:

ad adoperarsi in maniera sollecita al fine di attivare un tavolo tecnico presso il Ministero della salute per definire linee guida sul percorso salute pre-*post partum* sia della donna che del nascituro;

ad intraprendere le opportune iniziative al fine di reperire le risorse necessarie al fine di istituire un servizio idoneo a partire dall'organizzazione dei consultori e a integrare le diverse figure professionali (psicologi, psichiatri, ginecologi, ostetriche) necessarie per la presa in carico globale della paziente, in un'ottica di *screening* e di prevenzione e tutela della salute delle madri e dei bambini nel *post partum*, anche valutando l'opportunità di forme di concertazione interistituzionale.

G/1698/5/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Rizzotti, Floris, Scilipoti Isgrò, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

il Decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994 n. 542 reca: «regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica (RM) nucleare sul territorio nazionale»;

l'articolo 8 della legge 7 luglio 2009, n. 8 (Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee – Legge comunitaria 2008) prevede, al comma 3, che «il Governo è autorizzato a riformulare le previsioni riguardanti i dispositivi medici per risonanza magnetica nucleare contenute nel regolamento di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542, assicurando (...) *b)* l'adeguamento allo sviluppo tecnologico ed alla evoluzione delle conoscenze scientifiche, con particolare riferimento alla sicurezza d'uso ed alle indicazioni cliniche dei dispositivi medici in relazione all'intensità del campo magnetico statico espresso in tesla, modificando in tal senso il sistema autorizzativo per renderlo più coerente con le competenze regionali e delle province autonome in materia di programmazione sanitaria previste dalle leggi vigenti, affidando conseguentemente alle regioni e province autonome l'autorizzazione all'installazione delle apparecchiature per risonanza, con esclusione delle sole apparecchiature a risonanza magnetica ritenute di carattere sperimentale»;

considerato che:

risulta pertanto necessario ridurre l'ambito delle apparecchiature a risonanza magnetica soggette all'autorizzazione all'installazione dal parte del Ministero della Salute e ampliare, in modo corrispondente, l'ambito dell'omologa autorizzazione da parte delle regioni e delle province autonome;

occorre, altresì, aggiornare la disciplina delle modalità per l'installazione, l'impiego e la gestione delle apparecchiature a RM da parte delle strutture sanitarie assicurando l'adeguamento allo sviluppo tecnologico e all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, con particolare riferimento alla sicurezza d'uso e alle indicazioni cliniche dei dispositivi medici in relazione all'intensità del campo magnetico espresso in tesla;

impegna il Governo,

ad adottare ogni provvedimento atto a ridurre l'ambito delle apparecchiature a risonanza magnetica soggette all'autorizzazione all'installa-

zione dal parte del Ministero della Salute e ad ampliare, in modo corrispondente, l'ambito dell'omologa autorizzazione da parte delle regioni e delle province autonome, modificando i valori dei campi statici di induzione magnetica attualmente previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 542 del 1994 e assicurando, altresì, che la collocazione di apparecchiature a RM con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 4 tesla sia consentita presso grandi complessi di ricerca e studio ad alto livello scientifico (università ed enti di ricerca, policlinici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), ai fini della validazione clinica di metodologie di RM innovative;

ad aggiornare la disciplina delle modalità per l'installazione, l'impiego e la gestione delle apparecchiature a RM da parte delle strutture sanitarie assicurando l'adeguamento allo sviluppo tecnologico e all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, con particolare riferimento alla sicurezza d'uso e alle indicazioni cliniche dei dispositivi medici in relazione all'intensità del campo magnetico espresso in tesla.

G/1698/6/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Maurizio Romani, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

dal 2008, l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta è di competenza a tutti gli effetti del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari regionali;

il trasferimento delle competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale e ai Servizi sanitari regionali è stato definito con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008. Con esso, assieme alle funzioni, sono state trasferite al Fondo sanitario nazionale e ai Fondi sanitari regionali le risorse, le attrezzature, il personale, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie nelle carceri;

la corrente grave crisi economica e la *spending rewiew* in atto anche in sanità non devono far dimenticare che il detenuto è titolare di tutti i diritti derivanti dalla persistenza a suo carico della cosiddetta «quota capitaria», come statuito del decreto legislativo 230 del 1999, e dall'esenzione alla compartecipazione alla spesa come stabilito dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000;

premesso inoltre, che:

secondo quanto riportato nel documento del Comitato nazionale di Bioetica a settembre dello scorso anno, su uno studio condotto su dati nazionali sulla differente distribuzione delle problematiche di salute fra detenuti e popolazione generale, è a rischio il 13 per cento della popolazione carceraria contro il 7 per cento della popolazione generale. La sproporzione è particolarmente evidente per alcuni disturbi: la dipendenza da droghe raggiunge il 21,5 per cento fra i detenuti contro il 2,1 per cento della popolazione generale; il 15,3 per cento dei detenuti ha problemi dentali (contro il 4,5 fra la popolazione generale); il 13,5 per cento presenta malattie osteoarticolari e post traumatiche (contro l'11,9 fra la popolazione generale); il 2,08 per cento soffre di infezione da HIV (contro lo 0,2 della popolazione generale);

nell'insieme, il carcere si conferma come ambiente a rischio: per i disturbi mentali e in particolare per i disturbi nevrotici e di adattamento, che sono presenti in misura dieci volte maggiore fra i detenuti, a conferma dello stress da vita carceraria; per le malattie infettive, la cui possibilità di trasmissione è aggravata dalla promiscuità; per le patologie cardiovascolari e per il diabete, legate alla sedentarietà e alle cattive abitudini alimentari;

secondo le recenti dichiarazioni del presidente della Società Italiana Malattie Infettive riportate su organi di stampa, l'importante diffusione stimata tra il 30 ed il 40 per cento dell'infezione da epatite C e l'epatite cronica attiva con evoluzione in cirrosi epatica che ne consegue, appaiono oggi come la prima emergenza sanitaria da affrontare in, ambito carcerario;

emerge, pertanto, la necessità di un Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere, poiché i progressi della farmacologia, della clinica, della diagnostica oggi evidenziano un quadro sempre più fluido dell'evento malattia in carcere, con una tendenza dinamica che necessita di approfondita conoscenza per migliorare i *target* dell'intervento;

bisogna anche ricordare come ancora i servizi sanitari attivati dalle Regioni all'interno degli Istituti Penitenziari della Repubblica sono privi del codice struttura che li identifichi al Nuovo Sistema Informativo in Sanità (NSIS) sebbene il Ministero della Salute abbia avviato e concluso uno studio di fattibilità in merito (SISPe: Sistema Informativo Sanità Penitenziaria);

impegna il Governo,

a valutare l'opportunità di un nuovo ed approfondito monitoraggio della situazione sanitaria nel sistema penitenziario italiano a seguito del transito delle competenze dal Ministero della Giustizia al SSN;

a valutare l'opportunità di istituire presso l'Istituto Superiore di Sanità l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere;

a valutare l'opportunità di adottare misure idonee a garantire l'accesso ai nuovi farmaci disponibili per la cura dell'Epatite C alle persone detenute in carcere che ne abbiano bisogno;

a valutare l'opportunità di una revisione del DPCM 1 aprile 2008 e dell'allegato *A)* nelle parti relative all'organizzazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie ed al transito del personale ex legge n. 740 del 1970;

ad adottare apposite misure legislative per l'attribuzione dei codici-struttura agli Istituti Penitenziari, base indispensabile per integrare le attività finalizzate alla tutela della salute in carcere con il Fascicolo Sanitario Elettronico nazionale, elemento sostanziale per creare ed integrare la continuità diagnostico- terapeutica territorio-carcere-territorio.

G/1698/7/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Rizzotti, Floris, Scilipoti Isgrò, Maurizio Romani, Viceconte, Scavone

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

le misure di razionalizzazione e di contenimento della spesa pubblica attuate negli ultimi anni a causa della grave crisi economica che attanaglia il Paese hanno impedito il *turn over* ed hanno imposto il blocco delle assunzioni per tutto il personale della Pubblica Amministrazione, ivi incluso il comparto sanitario;

in particolare, il blocco del *turn over* ha generato gravi criticità, determinando una riduzione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, nonostante l'impegno profuso dagli operatori del settore;

un'ulteriore riduzione o blocco del personale addetto al comparto sanitario potrebbe depauperare il SSN anche con riferimento ai livelli essenziali di assistenza, cagionando un grave nocumento a carico dei cittadini;

considerato che:

sarebbe opportuno, al contrario, implementare il personale in servizio presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale per consentire un'erogazione adeguata delle prestazioni;

gli interventi in tema di *turn over* nel comparto sanitario dovrebbero essere effettuati in relazione all'effettivo fabbisogno, così da garantire ai cittadini adeguati livelli di assistenza;

preso atto che:

il comparto sanitario si avvale della collaborazione di figure professionali che, pur prestando la loro attività con contratti a tempo determinato, contribuiscono in maniera rilevante a garantire la continuità assistenziale;

secondo le recenti dichiarazioni del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome riportate su organi di stampa, le Regioni avrebbero convenuto con il Governo di ridurre di 1.5 miliardi il previsto incremento del Fondo Sanitario, riduzioni di cui dovrebbero farsi carico le regioni medesime attraverso un maggior controllo della spesa farmaceutica ed una migliore organizzazione nell'acquisto di beni e servizi;

impegna il Governo:

ad introdurre misure specifiche a favore del personale sanitario che presta la propria attività con rapporti di lavoro precario, al fine di assicurare la tenuta dei Livelli Essenziali di Assistenza;

ad adottare ogni utile misura atta a garantire che il prefigurato taglio di 1.5 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale concordato tra le Regioni e il Governo non abbia ripercussioni sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

G/1698/8/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

le malattie cardiovascolari rappresentano la più importante causa di morte al mondo e l'elevata incidenza di queste patologie rappresenta una minaccia globale alla sostenibilità dei servizi sanitari, sia in termini di prestazioni che di costi;

in particolare, l'*ictus* celebrale è la terza causa più comune di morte e la principale causa di incapacità funzionale: colpisce per il 50 per cento soggetti di età inferiore ai 65 anni, per il 12 per cento soggetti al di sotto dei 45 anni e, inoltre, comporta per il paziente perdita di funzionalità, nonché un significativo peggioramento della qualità della vita;

nell'80 per cento dei casi si verifica un *ictus* ischemico, che può essere legato a carotidopatie extracraniche o ad emboli a partenza dal cuore, questi ultimi quasi sempre in presenza di fibrillazione atriale;

la fibrillazione atriale è un'anomalia del ritmo cardiaco che provoca l'accelerazione o il rallentamento eccessivo della frequenza cardiaca. Ha natura asintomatica, circostanza che contribuisce a ritardare una diagnosi tempestiva e, conseguentemente, l'avvio di un adeguato trattamento farmacologico;

la carotidopatia extracranica è un'affezione delle arterie carotidi al collo, dovuta alla presenza di placche che possono embolizzare e determinare, coma sopra rilevato, un *ictus* cerebrale;

considerato che:

l'adozione di corretti stili di vita contribuisce a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari ed è, pertanto, prioritario promuovere campagne di prevenzione, sensibilizzazione e informazione rivolte sia alla popolazione che al personale sanitario;

una corretta terapia delle patologie cardiovascolari indicate in premessa necessita dell'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali che siano mirati e di carattere multidisciplinare. Risulta, altresì, necessario, incentivare la ricerca scientifica e l'accesso ai farmaci e ai dispositivi diagnostico-terapeutici utili per il trattamento delle suddette malattie, nonché promuovere un modello di gestione del percorso terapeutico di tipo coordinato che consenta al paziente, dopo un iniziale *screening* periferico, di accedere a terapie non farmacologiche presso apposite strutture a ciò dedicate;

impegna il Governo:

ad adottare misure atte a:

1) incoraggiare la prevenzione e la diagnosi dell'*ictus* celebrale, della fibrillazione atriale, dell'*ictus* cardioembolico e della carotidopatia extracranica e a favorire la ricerca scientifica;

2) favorire percorsi terapeutici e pratiche sanitarie ottimali nella gestione del paziente colpito da una delle suddette affezioni cardiovascolari;

3) facilitare l'accesso ai farmaci e ai dispositivi diagnostico-terapeutici utili per la prevenzione e il trattamento dell'*ictus* celebrale, della fibrillazione atriale, dell'*ictus* cardioembolico e della carotidopatia extracranica;

4) sensibilizzare, anche mediante apposite campagne informative, sia l'opinione pubblica che gli operatori sanitari sull'importanza dell'adozione di corretti stili di vita in termini di prevenzione delle malattie cardiovascolari;

5) promuovere l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali mirati e multidisciplinari, nonché un modello di gestione del percorso terapeutico di tipo coordinato che consenta al paziente, dopo un iniziale *screening* periferico, di accedere a terapie non farmacologiche presso strutture specificamente idonee ad erogare tali prestazioni.

G/1698/9/12 (testo 2)

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Rizzotti, Scilipoti Isgrò, Romano, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

la normativa che disciplina le scuole di specializzazione di area sanitaria e che ne regolamenta l'accesso da parte dei laureati in medicina e chirurgia è il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante attuazione della direttiva 93/16/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993, (e 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE) in materia di libera circolazione dei medici, e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli (articoli 34-41);

l'accesso alle scuole di specializzazione per i laureati appartenenti alle categorie dei farmacisti, degli odontoiatri, dei veterinari, dei biologi, dei chimici, dei fisici, degli psicologi e delle altre categorie equipollenti è disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, recante disposizioni in materia di riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento;

la programmazione delle scuole di specializzazione prevista per i laureati in medicina è stata successivamente estesa in ambito nazionale ad un'ampia platea di laureati (veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) con una ripartizione delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste (articolo 8 della legge n. 401 del 2000);

l'Italia ha recepito la normativa comunitaria che prevede un contributo economico in favore della formazione medica *post* laurea (direttive75/362/CEE e 75/363/CEE emendate dalla direttiva 82/76/CEE e poi abrogate dalla direttiva 93/16/CEE, da ultimo a sua volta abrogata dalla direttiva 2005/36/CE) e che fissa un trattamento economico-normativo, ovvero una remunerazione in favore degli specializzandi (articolo 13 della direttiva 82/76/CEE e Allegato I alla direttiva 93/16/CEE, ora abrogata dalla direttiva 2005/36/CE);

il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con decreto dell'1º agosto 2005 ha provveduto al riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria e con successivo decreto del 29 marzo 2006 ha provveduto alla definizione degli *standard* e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione;

la *ratio* del citato decreto ministeriale dell'1º agosto 2005, ad oggi non riconosciuta, dovrebbe risiedere proprio nella necessità di riconoscere il diritto all'inquadramento dell'attività svolta da soggetti specializzandi mediante uno specifico contratto di formazione specialistica con relativa

corresponsione di un trattamento economico. Peraltro il citato Decreto del 2006 individua, fra i presupposti di ciascuna Scuola di Specializzazione dell'Area Sanitaria, la copertura economico-finanziaria e prevede, inoltre, un comune denominatore organizzativo fino ad individuare un Osservatorio Nazionale unico per le discipline Mediche e non mediche. Dalla normativa ministeriale testé citata, quindi, si evince una assoluta equiparazione;

secondo quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale, i Ministeri competenti e le Regioni avrebbero dovuto incrementare le risorse per il finanziamento dei contratti di formazione specialistica dei medici e delle professioni di veterinario, farmacista, odontoiatra, biologo, psicologo, chimico e fisico sanitario;

il Consiglio di Stato, con sentenza n. 6037/2013, ha accolto il ricorso presentato da alcuni studenti, laureati in biologia, chimica e fisica, che avevano diffidato i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dell'Economia e delle Finanze a provvedere agli adempimenti di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 per la determinazione del numero globale degli specialisti non medici annualmente iscrivibili alle singole scuole accreditate di specializzazione *post* laurea;

in particolare, tale sentenza intima le suddette amministrazioni ad assumere le determinazioni di cui agli articoli 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, e 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, entro il termine di novanta giorni dalla data di comunicazione (17 dicembre 2013) nominando, per il caso di persistente ulteriore inadempimento, un commissario *ad acta* nella persona del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri o suo delegato, che avrebbe dovuto provvedere in sostituzione dei Ministeri inadempienti;

premesso inoltre, che:

secondo notizie riportate su stampa specializzata risulta che presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca siano in corso incontri tecnici che mirerebbero al riordino delle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2014/2015;

all'interno del riordino suindicato pare che si voglia prevedere l'esclusione degli specializzandi «non medici» dal Decreto Ministeriale del 1 agosto 2005;

all'interno della Commissione incaricata, inoltre, non vi sarebbero rappresentanze per le Aree non mediche ed in particolare per quella della Farmacia Ospedaliera (esiste una conferenza dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, con un presidente che non risulta consultato);

l'esclusione dall'ambito di applicazione del Decreto Ministeriale sopracitato determinerebbe l'annullamento dell'equiparazione dei doveri tra lo specializzando medico e quello «non medico» e, dunque, annullerebbe l'equiparazione dello *status* contrattuale;

considerato che:

le molteplici problematiche emerse fra gli specializzandi medici e «non medici» sono già state sollevate in specifici atti di sindacato ispettivo (n. 1-00320 del 9 ottobre 2014 e n. 3-01469 del 26 novembre 2014), ad oggi ancora privi di risposta, in cui si chiedeva un impegno del Governo a garantire un consono trattamento economico degli specializzandi non medici;

il decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 recante «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari», convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, all'articolo 15 ha disposto d'ufficio una riduzione della durata delle scuole di specializzazione mediche;

già nel 2011 era stata paventata la possibilità di prevedere una riduzione anche per le scuole di specializzazioni non mediche, sebbene detta proposta a suo tempo non trovò applicazione;

inoltre, nel 2006, con Decreto Ministeriale del 31 luglio, la scuola di specializzazione della facoltà di Farmacia Ospedaliera aveva subito una riduzione da 5 a 4 anni, considerato il percorso Europeo *in itinere* del *common training framework* finalizzato al mutuo riconoscimento dello specifico titolo sanitario, che risulta tarato sui 4 anni (Spagna, Olanda, Francia, Portogallo e Italia);

risulta necessario fare chiarezza sulle disposizioni che coinvolgono le scuole di specializzazione mediche e «non mediche», affinché si possa delineare definitivamente un quadro dettagliato degli interventi da mettere in atto: ciò con particolare riferimento ai farmacisti in formazione specialistica che hanno un corso di studi e di tirocinio a tempo pieno nonché uno sbocco professionale del tutto analogo a quello dei medici in formazione specialistica;

impegna il Governo:

ad adottare ogni necessaria iniziativa atta a porre rimedio all'annosa questione delle scuole di specializzazione per i «non medici».

G/1698/9/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Rizzotti, Scilipoti Isgrò, Romano, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

la normativa che disciplina le scuole di specializzazione di area sanitaria e che ne regolamenta l'accesso da parte dei laureati in medicina e chirurgia è il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante attuazione della direttiva 93/16/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993, (e 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE) in materia di libera circolazione dei medici, e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli (articoli 34-41);

l'accesso alle scuole di specializzazione per i laureati appartenenti alle categorie dei farmacisti, degli odontoiatri, dei veterinari, dei biologi, dei chimici, dei fisici, degli psicologi e delle altre categorie equipollenti è disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, recante disposizioni in materia di riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento;

la programmazione delle scuole di specializzazione prevista per i laureati in medicina è stata successivamente estesa in ambito nazionale ad un'ampia platea di laureati (veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) con una ripartizione delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste (articolo 8 della legge n. 401 del 2000);

l'Italia ha recepito la normativa comunitaria che prevede un contributo economico in favore della formazione medica *post* laurea (direttive75/362/CEE e 75/363/CEE emendate dalla direttiva 82/76/CEE e poi abrogate dalla direttiva 93/16/CEE, da ultimo a sua volta abrogata dalla direttiva 2005/36/CE) e che fissa un trattamento economico-normativo, ovvero una remunerazione in favore degli specializzandi (articolo 13 della direttiva 82/76/CEE e Allegato I alla direttiva 93/16/CEE, ora abrogata dalla direttiva 2005/36/CE);

il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con decreto dell'1º agosto 2005 ha provveduto al riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria e con successivo decreto del 29 marzo 2006 ha provveduto alla definizione degli *standard* e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione;

la *ratio* del citato decreto ministeriale dell'1º agosto 2005, ad oggi non riconosciuta, dovrebbe risiedere proprio nella necessità di riconoscere il diritto all'inquadramento dell'attività svolta da soggetti specializzandi mediante uno specifico contratto di formazione specialistica con relativa corresponsione di un trattamento economico. Peraltro il citato Decreto del 2006 individua, fra i presupposti di ciascuna Scuola di Specializzazione dell'Area Sanitaria, la copertura economico-finanziaria e prevede, inoltre, un comune denominatore organizzativo fino ad individuare un Osservatorio Nazionale unico per le discipline Mediche e non mediche. Dalla normativa ministeriale testé citata, quindi, si evince una assoluta equiparazione;

secondo quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale, i Ministeri competenti e le Regioni avrebbero dovuto incrementare le ri-

sorse per il finanziamento dei contratti di formazione specialistica dei medici e delle professioni di veterinario, farmacista, odontoiatra, biologo, psicologo, chimico e fisico sanitario;

il Consiglio di Stato, con sentenza n. 6037/2013, ha accolto il ricorso presentato da alcuni studenti, laureati in biologia, chimica e fisica, che avevano diffidato i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dell'Economia e delle Finanze a provvedere agli adempimenti di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 per la determinazione del numero globale degli specialisti non medici annualmente iscrivibili alle singole scuole accreditate di specializzazione *post* laurea;

in particolare, tale sentenza intima le suddette amministrazioni ad assumere le determinazioni di cui agli articoli 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, e 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, entro il termine di novanta giorni dalla data di comunicazione (17 dicembre 2013) nominando, per il caso di persistente ulteriore inadempimento, un commissario *ad acta* nella persona del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri o suo delegato, che avrebbe dovuto provvedere in sostituzione dei Ministeri inadempienti;

premesso inoltre, che:

secondo notizie riportate su stampa specializzata risulta che presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca siano in corso incontri tecnici che mirerebbero al riordino delle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2014/2015;

all'interno del riordino suindicato pare che si voglia prevedere l'esclusione degli specializzandi «non medici» dal Decreto Ministeriale del 1 agosto 2005;

all'interno della Commissione incaricata, inoltre, non vi sarebbero rappresentanze per le Aree non mediche ed in particolare per quella della Farmacia Ospedaliera (esiste una conferenza dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, con un presidente che non risulta consultato);

l'esclusione dall'ambito di applicazione del Decreto Ministeriale sopracitato determinerebbe l'annullamento dell'equiparazione dei doveri tra lo specializzando medico e quello «non medico» e, dunque, annullerebbe l'equiparazione dello *status* contrattuale;

considerato che:

le molteplici problematiche emerse fra gli specializzandi medici e «non medici» sono già state sollevate in specifici atti di sindacato ispettivo (n. 1-00320 del 9 ottobre 2014 e n. 3-01469 del 26 novembre 2014), ad oggi ancora privi di risposta, in cui si chiedeva un impegno del Governo a garantire un consono trattamento economico degli specializzandi non medici;

il decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 recante «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari», convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, all'articolo 15 ha disposto d'ufficio una riduzione della durata delle scuole di specializzazione mediche;

già nel 2011 era stata paventata la possibilità di prevedere una riduzione anche per le scuole di specializzazioni non mediche, sebbene detta proposta a suo tempo non trovò applicazione;

inoltre, nel 2006, con Decreto Ministeriale del 31 luglio, la scuola di specializzazione della facoltà di Farmacia Ospedaliera aveva subito una riduzione da 5 a 4 anni, considerato il percorso Europeo *in itinere* del *common training framework* finalizzato al mutuo riconoscimento dello specifico titolo sanitario, che risulta tarato sui 4 anni (Spagna, Olanda, Francia, Portogallo e Italia);

risulta necessario fare chiarezza sulle disposizioni che coinvolgono le scuole di specializzazione mediche e «non mediche», affinché si possa delineare definitivamente un quadro dettagliato degli interventi da mettere in atto: ciò con particolare riferimento ai farmacisti in formazione specialistica che hanno un corso di studi e di tirocinio a tempo pieno nonché uno sbocco professionale del tutto analogo a quello dei medici in formazione specialistica;

impegna il Governo:

ad adottare ogni necessaria iniziativa atta a porre rimedio all'annosa questione delle scuole di specializzazione per i «non medici »;

a dare tempestiva attuazione alla sentenza del Consiglio di Stato n. 6037 del 2013;

ad adottare misure specifiche volte all'equiparazione dello *status* contrattuale ed economico dello specializzando «non medico», a quello dello specializzando medico, così da scongiurare i paventati rischi di una ingiusta collocazione degli specializzandi «non medici» in un ordinamento parallelo rispetto a quello di cui al decreto ministeriale dell'1 agosto 2005.

G/1698/10/12 (testo 2)

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Rizzotti, Scilipoti Isgrò, Romano, Viceconte, Scavone

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

l'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto decreto Balduzzi) prevede, al comma 1, che: «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo»;

l'articolo su citato, al comma 2, stabilisce che: «con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da emanare entro il 30 giugno 2013 (...) anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera *e)*, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri: *a)* determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, anche nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti delle risorse del fondo stesso. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta, nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo di cui alla lettera *b)*, e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie; *b)* determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera *a)* e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica; *c)* prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva»;

l'articolo 44 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, con legge 9 agosto 2013, n. 89, al comma 4-*quater*

prevede che: «nelle more dell'emanazione della disciplina organica in materia di condizioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie, di cui all'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 e al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa anche per i giovani esercenti le professioni sanitarie, incentivandone l'occupazione, nonché di consentire alle imprese assicuratrici e agli esercenti stessi di adeguarsi alla predetta disciplina, il comma 5.1 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, è sostituito dal seguente: ''5.1. Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie, gli obblighi di cui al comma 5, lettera *e)*, si applicano decorsi due anni dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'alinea del medesimo comma 5''»;

ad oggi non risulta ancora emanato il provvedimento attuativo dell'articolo 3 del cosiddetto decreto Balduzzi deputato a delineare la disciplina organica in materia di condizioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie;

considerato che:

il tema della responsabilità medica rappresenta una questione di particolare rilevanza tanto sotto il profilo professionale, quanto dal punto di vista economico e di tutela della salute e degli interessi dei pazienti;

come noto, le richieste di elevati risarcimenti hanno contribuito all'esplosione del fenomeno della cosiddetta medicina difensiva, con gravi ripercussioni sul rapporto fiduciario medico-paziente, sul diritto alla cura e all'assistenza, nonché sull'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso;

il nostro ordinamento prevede un'anomala assicurazione obbligatoria per gli esercenti le professioni sanitarie in quanto non è prevista l'azione diretta del danneggiato verso la compagnia assicurativa;

sussiste, inoltre, un problema relativo alle polizze, legato alla difficoltà per la classe sanitaria, soprattutto per quella più esposta a rischio denunce, di trovare compagnie di assicurazione disposte a stipulare convenzioni, nonostante sia previsto per legge l'obbligo di copertura assicurativa;

impegna il Governo

a valutare ogni necessario provvedimento atto ad introdurre una disciplina organica in materia di condizioni assicurative degli esercenti le professioni sanitarie che tenga conto delle diverse tipologie di professionisti interessati (medici dipendenti, liberi professionisti e convenzionati), nonché delle diverse specializzazioni mediche, al fine di garantire un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale.

G/1698/10/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Rizzotti, Scilipoti Isgrò, Romano, Viceconte, Scavone

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

l'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto decreto Balduzzi) prevede, al comma 1, che: «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo»;

l'articolo su citato, al comma 2, stabilisce che: «con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da emanare entro il 30 giugno 2013 (...) anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera *e)*, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri: *a)* determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, anche nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti delle risorse del fondo stesso. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta, nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo di cui alla lettera *b)*, e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie; *b)* determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera *a)* e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica; *c)* prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del pre-

mio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva»;

l'articolo 44 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, con legge 9 agosto 2013, n. 89, al comma 4-*quater* prevede che: «nelle more dell'emanazione della disciplina organica in materia di condizioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie, di cui all'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 e al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa anche per i giovani esercenti le professioni sanitarie, incentivandone l'occupazione, nonché di consentire alle imprese assicuratrici e agli esercenti stessi di adeguarsi alla predetta disciplina, il comma 5.1 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, è sostituito dal seguente: ''5.1. Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie, gli obblighi di cui al comma 5, lettera *e)*, si applicano decorsi due anni dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'alinea del medesimo comma 5''»;

ad oggi non risulta ancora emanato il provvedimento attuativo dell'articolo 3 del cosiddetto decreto Balduzzi deputato a delineare la disciplina organica in materia di condizioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie;

considerato che:

il tema della responsabilità medica rappresenta una questione di particolare rilevanza tanto sotto il profilo professionale, quanto dal punto di vista economico e di tutela della salute e degli interessi dei pazienti;

come noto, le richieste di elevati risarcimenti hanno contribuito all'esplosione del fenomeno della cosiddetta medicina difensiva, con gravi ripercussioni sul rapporto fiduciario medico-paziente, sul diritto alla cura e all'assistenza, nonché sull'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso;

il nostro ordinamento prevede un'anomala assicurazione obbligatoria per gli esercenti le professioni sanitarie in quanto non è prevista l'azione diretta del danneggiato verso la compagnia assicurativa;

sussiste, inoltre, un problema relativo alle polizze, legato alla difficoltà per la classe sanitaria, soprattutto per quella più esposta a rischio denunce, di trovare compagnie di assicurazione disposte a stipulare convenzioni, nonostante sia previsto per legge l'obbligo di copertura assicurativa;

impegna il Governo

ad adottare ogni necessario provvedimento atto ad introdurre una disciplina organica in materia di condizioni assicurative degli esercenti le professioni sanitarie che tenga conto delle diverse tipologie di professionisti interessati (medici dipendenti, liberi professionisti e convenzionati), nonché delle diverse specializzazioni mediche, al fine di garantire

un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale e di assicurare la piena obbligatorietà della copertura assicurativa, anche mediante l'istituzione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore.

G/1698/11/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Rizzotti, Scilipoti Isgrò, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

l'attuale nomenclatore tariffario è quello di cui al decreto ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999, (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe). Tale regolamento individua i soggetti aventi diritto alle suddette prestazione e indica, negli annessi elenchi 1, 2 e 3 le tipologie di dispositivi erogate a carico del SSN;

dal 1999 ad oggi non si è mai provveduto ad aggiornare il nomenclatore, nonostante l'articolo 11 del predetto decreto ministeriale preveda che: «il nomenclatore è aggiornato periodicamente, con riferimento al periodo di validità del Piano sanitario nazionale e, comunque, con cadenza massima triennale, con la contestuale revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili» e l'articolo 5, comma 2-*bis* del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 abbia poi fissato al 31 maggio 2013 l'aggiornamento dello stesso;

il mancato aggiornamento del nomenclatore preclude di fatto, l'accesso, da parte dei soggetti che ne hanno bisogno, a nuovi strumenti tecnologicamente più avanzati e, proprio perché tali, potenzialmente idonei a migliorare la qualità della loro vita,

impegna il Governo:

a provvedere tempestivamente all'aggiornamento del Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale, al fine di garantire ai pazienti la disponibilità di protesi, ortesi ed ausili più adeguati alle specifiche esigenze terapeutiche e in linea con l'attuale avanzamento tecnologico.

G/1698/12/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Rizzotti, Floris, Scilipoti Isgrò, Viceconte, Scavone

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)

premesso che:

la donazione di medicinali non utilizzati, ma in piena efficacia e validità, a organizzazioni senza fini di lucro, svolta con finalità di solidarietà sociale nonché di tutela ambientale, economicità produttiva, è un'attività encomiabile e meritevole di incentivazione;

il decreto legislativo n. 219 del 2006, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE all'articolo 157 rinvia ad un decreto interministeriale la disciplina relativa «alla utilizzazione, da parte di organizzazioni senza fini di lucro, di medicinali non utilizzati, correttamente conservati e ancora nel periodo di validità»;

premesso, inoltre, che:

per medicinali inutilizzati dovrebbero intendersi quei medicinali destinati a essere eliminati dal circuito commerciale o a non esservi immessi a causa, ad esempio, di difetti di confezionamento o di produzione dovuti al processo produttivo o distributivo tali da non comprometterne l'idoneità all'utilizzo in termini di qualità, sicurezza ed efficacia per il consumatore;

detti medicinali inutilizzati potrebbero essere oggetto di donazione a organizzazioni non lucrative di utilità sociale qualificate nel rispetto delle disposizioni previste dal decreto legislativo n. 219 del 2006 ovvero se accertato e documentato dal produttore la qualità e l'efficacia dei farmaci medesimi,

impegna il Governo:

a promuovere ogni iniziativa utile a stabilire, in tempi rapidi, idonei sistemi di raccolta dei medicinali non utilizzati chiarendo il ruolo dell'azienda donatrice e degli altri soggetti coinvolti nel processo di solidarietà al fine di consentire una corretta e sicura fruizione dei prodotti donati.

G/1698/13/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che:

la legge 29/1994 disciplina la professione di terapista della riabilitazione non vedente;

il disposto della predetta legge è stata resa di fatto inapplicabile, poiché la figura professionale di terapista della riabilitazione non vedente è stata eliminata dal novero delle professioni sanitarie e sostituita con quella di fisioterapista in possesso del relativo diploma universitario dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, e dalla legge n. 251/2000;

l'articolo 4-*quater* del decreto-legge n. 250/2005 (convertito in legge n. 27/2006), ha poi ribadito che «ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la formazione per l'accesso alle professioni sanitarie infermieristiche e tecniche della riabilitazione e della prevenzione è esclusivamente di livello universitaria»;

il combinato disposto di queste norme ha, pertanto, lasciato priva della copertura del sistema di collocamento al lavoro una delle figure storicamente più rilevanti per l'inserimento socio-lavorativo dei ciechi e degli ipovedenti, quale quella del fisioterapista e delle altre figure ad essa equiparate dall'ordinamento;

considerato che:

i fisioterapisti non vedenti sono professionisti sanitari in grado di praticare la fisioterapia e di elaborare e attuare direttamente interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali,

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di promuovere ogni iniziativa atta a consentire ai fisioterapisti non vedenti l'esercizio della professione sanitaria di riabilitazione;

a valutare la possibilità di prevedere il collocamento obbligatorio dei fisioterapisti non vedenti come già previsto per i terapisti della riabilitazione dalla legge 29/1994.

G/1698/14/12 (testo 2)

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che:

le malattie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, sono molto diffuse nell'età senile e sono destinate a coinvolgere un numero sempre maggiore di soggetti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione;

il morbo di Alzheimer è un processo degenerativo irreversibile che distrugge lentamente e progressivamente le funzioni cognitive superiori, quali la memoria, il ragionamento e il linguaggio, fino a compromettere l'autonomia funzionale e la capacità di compiere le normali attività quotidiane;

le persone portatrici di questa malattia hanno problemi complessi per la cui soluzione, seppure parziale, è necessaria l'attività coordinata di specialisti medici e paramedici, oltre che di operatori socio-assistenziali;

sotto il profilo sanitario il problema fondamentale è che, attualmente, non se ne conoscono i fattori eziologici e le patogenesi, mentre dal punto di vista socio-economico il problema peggiore risiede nel fatto che tale patologia colpisce soggetti in età presenile rendendoli parzialmente o totalmente non autosufficienti, causando un peggioramento della qualità della loro vita e della vita dei loro familiari,

impegna il Governo:

a garantire l'attuazione del Piano demenze per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico e assistenziale delle persone affette da morbo di Alzheimer;

a promuovere idonee iniziative atte a sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neurodegenerative e della demenza;

a promuovere campagne di sensibilizzazione e di educazione sanitaria della popolazione al fine di migliorarne la consapevolezza e le modalità per rapportarsi alle strutture e agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale.

G/1698/14/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che:

le malattie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, sono molto diffuse nell'età senile e sono destinate a coinvolgere un numero sempre maggiore di soggetti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione;

il morbo di Alzheimer è un processo degenerativo irreversibile che distrugge lentamente e progressivamente le funzioni cognitive superiori, quali la memoria, il ragionamento e il linguaggio, fino a compromettere l'autonomia funzionale e la capacità di compiere le normali attività quotidiane;

le persone portatrici di questa malattia hanno problemi complessi per la cui soluzione, seppure parziale, è necessaria l'attività coordinata di specialisti medici e paramedici, oltre che di operatori socio-assistenziali;

sotto il profilo sanitario il problema fondamentale è che, attualmente, non se ne conoscono i fattori eziologici e le patogenesi, mentre dal punto di vista socio-economico il problema peggiore risiede nel fatto che tale patologia colpisce soggetti in età presenile rendendoli parzialmente o totalmente non autosufficienti, causando un peggioramento della qualità della loro vita e della vita dei loro familiari,

impegna il Governo:

a promuovere la definizione apposite linee guida per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico e assistenziale delle persone affette da morbo di Alzheimer;

a promuovere idonee iniziative atte a sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neurodegenerative e della demenza;

a promuovere campagne di sensibilizzazione e di educazione sanitaria della popolazione al fine di migliorarne la consapevolezza e le modalità per rapportarsi alle strutture e agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale.

G/1698/15/12 (testo 2)

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che:

la Cementifera Fibronit spa era una azienda produttrice di elementi per l'edilizia, tra cui l'eternit, fondata a Bari nel 1935;

la predetta società ha chiuso gli stabilimenti nel 1985 al termine di lunghissime vertenze sindacali e processuali promosse, con il sostegno di tutta la società civile, dai lavoratori che si ammalavano e morivano per l'esposizione alle polveri di amianto;

dal 1985 ad oggi, anche dopo la chiusura degli stabilimenti, Fibronit continua ad arrecare gravi danni alla collettività: i capannoni dismessi, infatti, non opportunamente bonificati, e soggetti ad un progressivo degrado con conseguente dispersione nell'aria di polveri sottili, divenuti una sorta di discarica a cielo aperto, si sono trasformati in una vera e propria «bomba ecologica» che, nel corso degli anni, ha provocato gravi patologie e talora anche la morte di numerosi residenti;

a causa di tale stato di cose si è venuto a creare un vasto movimento di opinione che ha coinvolto e sensibilizzato tutti i cittadini;

nel corso degli anni la vasta area inquinata è stata oggetto di più sequestri da parte dell'autorità giudiziaria che ha bloccato la rimozione e il trasporto in luoghi adatti allo smaltimento delle migliaia di tonnellate di materiali contenenti amianto;

premesso, inoltre, che:

la legge che in Italia mette al bando l'amianto risale al 1992 (legge 27 marzo 1992, n. 257);

i lavoratori la cui esposizione all'amianto è stata accertata alcuni anni dopo la chiusura degli stabilimenti sono costretti, ancora oggi, a defatiganti controversie per vedere riconosciuti i trattamenti straordinari di integrazione salariale o i pensionamenti anticipati secondo le norme vigenti;

il numero dei casi di malati d'amianto continua a crescere;

considerato che:

l'ex Fibronit è stata inserita nell'elenco dei siti inquinati di interesse nazionale allegato al decreto ministeriale ambiente e tutela del territorio 8 settembre 2001, n. 468 «Regolamento recante: programma nazionale di bonifica e ripristino ambientale»;

considerato, inoltre, che:

il Comune di Bari, nell'ottobre 2005, ha approvato il progetto esecutivo dei lavori di messa in sicurezza «di emergenza» dell'area. Detti lavori, interrotti nel 2007, nelle intenzioni, avrebbero dovuto portare al seppellimento dei rifiuti in un sarcofago e alla conseguente trasformazione del suolo inquinato nel Parco della Rinascita;

il Comune di Bari, da ultimo, ha approvato, lo scorso 13 febbraio 2013, il progetto definitivo e il quadro economico relativo alla messa in sicurezza «permanente» del sito inquinato di interesse nazionale ex Fibronit;

all'interrogante risulta che al termine della gara d'appalto, non ancora avviata, – 14.983.930 milioni di euro previsti, 14.227.664 milioni di euro già stanziati e disponibili – l'opera complessiva di bonifica potrebbe iniziare il prossimo anno,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di predisporre una indagine al fine di verificare il numero di coloro i quali hanno contratto malattie a seguito dell'esposizione alle polveri di amianto;

G/1698/15/12

D'Ambrosio Lettieri, Zuffada, Floris, Scilipoti Isgrò, Rizzotti, Viceconte, Scavone, Fucksia

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che:

la Cementifera Fibronit spa era una azienda produttrice di elementi per l'edilizia, tra cui l'eternit, fondata a Bari nel 1935;

la predetta società ha chiuso gli stabilimenti nel 1985 al termine di lunghissime vertenze sindacali e processuali promosse, con il sostegno di tutta la società civile, dai lavoratori che si ammalavano e morivano per l'esposizione alle polveri di amianto;

dal 1985 ad oggi, anche dopo la chiusura degli stabilimenti, Fibronit continua ad arrecare gravi danni alla collettività: i capannoni dismessi, infatti, non opportunamente bonificati, e soggetti ad un progressivo degrado con conseguente dispersione nell'aria di polveri sottili, divenuti una sorta di discarica a cielo aperto, si sono trasformati in una vera e propria «bomba ecologica» che, nel corso degli anni, ha provocato gravi patologie e talora anche la morte di numerosi residenti;

a causa di tale stato di cose si è venuto a creare un vasto movimento di opinione che ha coinvolto e sensibilizzato tutti i cittadini;

nel corso degli anni la vasta area inquinata è stata oggetto di più sequestri da parte dell'autorità giudiziaria che ha bloccato la rimozione e il trasporto in luoghi adatti allo smaltimento delle migliaia di tonnellate di materiali contenenti amianto;

premesso, inoltre, che:

la legge che in Italia mette al bando l'amianto risale al 1992 (legge 27 marzo 1992, n. 257);

i lavoratori la cui esposizione all'amianto è stata accertata alcuni anni dopo la chiusura degli stabilimenti sono costretti, ancora oggi, a defatiganti controversie per vedere riconosciuti i trattamenti straordinari di integrazione salariale o i pensionamenti anticipati secondo le norme vigenti;

il numero dei casi di malati d'amianto continua a crescere;

considerato che:

l'ex Fibronit è stata inserita nell'elenco dei siti inquinati di interesse nazionale allegato al decreto ministeriale ambiente e tutela del territorio 8 settembre 2001, n. 468 «Regolamento recante: programma nazionale di bonifica e ripristino ambientale»;

considerato, inoltre, che:

il Comune di Bari, nell'ottobre 2005, ha approvato il progetto esecutivo dei lavori di messa in sicurezza «di emergenza» dell'area. Detti lavori, interrotti nel 2007, nelle intenzioni, avrebbero dovuto portare al seppellimento dei rifiuti in un sarcofago e alla conseguente trasformazione del suolo inquinato nel Parco della Rinascita;

il Comune di Bari, da ultimo, ha approvato, lo scorso 13 febbraio 2013, il progetto definitivo e il quadro economico relativo alla messa in sicurezza «permanente» del sito inquinato di interesse nazionale ex Fibronit;

all'interrogante risulta che al termine della gara d'appalto, non ancora avviata, – 14.983.930 milioni di euro previsti, 14.227.664 milioni di euro già stanziati e disponibili – l'opera complessiva di bonifica potrebbe iniziare il prossimo anno,

impegna il Governo:

a verificare, stante il costante aumento dei casi di malati da amianto, che l'intera area oggetto dello smaltimento risulti essere attualmente in sicurezza secondo le modalità di legge per gli aspetti inerenti la tutela della salute pubblica;

a verificare quante e quali risorse siano state fin qui impiegate per il ripristino dell'area e con quali risultati;

a verificare che nel corso degli ultimi dieci anni vi siano state responsabilità riguardo il mancato e/o ritardato recupero dell'area ex Fibronit e, in caso affermativo, a carico di chi e per quali atti;

a verificare i motivi per i quali non è stata ancora indetta la gara d'appalto per i lavori del progetto per la messa in sicurezza «permanente» dell'area ex Fibronit;

a verificare i criteri in base ai quali l'importo complessivo dei lavori è stato aggiornato;

a valutare l'opportunità di predisporre una indagine al fine di verificare il numero di coloro i quali hanno contratto malattie a seguito dell'esposizione alle polveri di amianto;

a valutare l'opportunità di nominare un Commissario Straordinario con il compito di assicurare nel minor tempo possibile la realizzazione dei lavori necessari per la messa in sicurezza «permanente» del sito ex Fibronit.

G/1698/16/12

MATURANI, DIRINDIN, MATTESINI, PADUA, AMATI, ORRÙ, SPILABOTTE, FISSORE, PEZZOPANE, BORIOLI, ZANONI, MANASSERO, CHITI, CANTINI, GUERRA, DALLA ZUANNA, CIRINNÀ, FABBRI, VERDUCCI, GIACOBBE, SOLLO, Elena FERRARA, COLLINA, ASTORRE, DE BIASI, GRANAIOLA, SILVESTRO, ROMANO, Maurizio ROMANI, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015) (A.S.1698);

premesso che:

in data 25 novembre, come riportato da diversi organi di stampa nazionali, nel reparto di ginecologia dell'Ospedale Cervello di Palermo è stata ricoverata una donna di 30 anni con l'accusa di omicidio volontario, a seguito della morte della figlia neonata gettata nei rifiuti subito dopo il parto;

il predetto caso di cronaca è solo l'ultimo di una lunga serie di casi che vedono la morte di neonati abbandonati subito dopo il parto in condizioni che non consentono in alcun modo la sopravvivenza dei medesimi;

la nascita di un bambino è un evento straordinario nell'esistenza di una donna, che incide profondamente nella sua vita concreta, emotiva, nonché relazionale. Non tutte le donne riescono ad accogliere o sostenere la loro maternità, per una complessità di motivazioni che occorre ascoltare, comprendere e riconoscere. Durante la gravidanza, specie in situazioni di difficoltà di varia natura della madre a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, occorre che la donna sia seguita in maniera qua-

lificata, per la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni dagli esiti drammatici al momento del parto;

considerato che:

il comma 1, dell'articolo 30, del decreto Presidente della Repubblica, 3 novembre 2000, n. 396, recante «Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127», dispone che: «La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata»;

le strutture ospedaliere presso le quali avviene la nascita sono dunque tenute ad assicurare alla madre e al neonato, per il quale è disposto l'immediato avvio del procedimento di adottabilità, la piena attuazione dei diritti sopra evidenziati, tramite i suoi operatori sanitari, psico-sociali, assistenziali e amministrativi, nella specificità delle loro professioni e competenze e nella interazione con le altre istituzioni demandate a tale tutela;

rilevato inoltre che:

diverse regioni ed in particolare alcune città italiane, per prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico del neonato, hanno promosso campagne informative in proposito, potenziando i servizi a tutela della donna in difficoltà e orientando gli ospedali più specializzati a seguire il parto in anonimato. Difatti, tempestive e adeguate informazioni alla donna in gravidanza, nonché interventi concreti in suo aiuto, di tipo sociale, economico e psicologico, consentono di garantire il diritto alla salute della gestante e del nascituro, un parto protetto nella struttura ospedaliera e, infine, la possibilità di esercitare una libera, cosciente e responsabile scelta da parte della donna, se riconoscere o meno il bambino;

il carattere non sistemico e strutturale delle predette campagne informative non è riuscito ad oggi a garantire il non ripetersi dei continui fatti di cronaca che registrano con una cadenza drammaticamente regolare le morti di neonati, abbandonati immediatamente dopo il parto,

impegna il Governo:

ad intraprendere iniziative al fine di realizzare su tutto il territorio nazionale, anche d'intesa con le Regioni, una capillare campagna informativa, nonché al fine di sostenere ogni altro mezzo idoneo ad arginare un fenomeno tragico che ancora oggi conta troppe vittime;

a promuovere l'istituzione di servizi di ascolto e di aiuto presso le Aziende Sanitarie Locali, con particolare attenzione al coinvolgimento dei consultori familiari, nonché presso le strutture ospedaliere al fine di garantire un'adeguata conoscenza del diritto per le donne di partorire nell'anonimato.

G/1698/17/12

FUCKSIA, GRANAIOLA, Maurizio ROMANI, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI, TAVERNA, ICHINO

La 12ª Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)»;

premesso che:

nella tabella C del disegno di legge in esame si prevede per l'anno 2015 uno stanziamento per gli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo di 309 mila euro per il 2015 e 310 mila euro per il 2016; la legge di stabilità dell'anno precedente prevedeva invece per l'anno 2014 uno stanziamento di 325 mila euro;

considerato che:

la tutela degli animali e la lotta al randagismo sono principi fondamentali sanciti dalla legge 14 agosto 1991, n. 281, «Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo» che stabilisce «lo Stato promuove e disciplina la tutela degli animali d'affezione, condanna gli atti di crudeltà contro di essi, i maltrattamenti ed il loro abbandono alfine di favorire la corretta convivenza tra uomo e animale e di tutelare la salute pubblica e l'ambiente». Un passo importante che riconosce agli animali d'affezione il diritto alla vita evitando la soppressione di quelli senza proprietario rinvenuti vaganti sul territorio;

le risorse stanziate dalla legge di stabilità in esame non sono sufficienti per garantire tutte le misure previste dalla legge n. 281/1991, come ad esempio l'attuazione da parte dei comuni di piani di controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione dei randagi con conseguenti rischi per la salute pubblica;

il randagismo è una piaga dilagante nel nostro paese (soprattutto nel centro meridione), determinata soprattutto dagli abbandoni, circa 50.000 mila l'anno secondo le stime 2013 delle più accreditate associazioni animaliste (Lav e Gaia Animali Ambiente) e dalla mancanza di sterilizzazione,

impegna il Governo:

a valutare l'adozione di una reale politica di contrasto, di prevenzione e di soluzione del fenomeno del randagismo, conforme ai più alti standard europei di tutela degli animali, anche attraverso lo stanziamento di maggiori risorse finanziarie.

€ 4,00