

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 16 al 22 luglio 2015)

INDICE

CENTINAIO, DIVINA: sul raduno nazionale dei marinai d'Italia a Ravenna del 9 e 10 maggio 2015 (4-03905) (risp. PINOTTI, <i>ministro della difesa</i>)	Pag. 3519	PANIZZA: sulla valorizzazione dell'ossario dei caduti della I Guerra Mondiale di Castel Dante a Rovereto (Trento) (4-02374) (risp. PINOTTI, <i>ministro della difesa</i>)	3535
CROSIO: sull'esternalizzazione dei servizi per il benessere del personale militare marittimo (4-03046) (risp. PINOTTI, <i>ministro della difesa</i>)	3520	ROMANI Maurizio ed altri: sulla disciplina degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie ed emotrasfusioni (4-03525) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3538
sul Consiglio centrale di rappresentanza (COCER) della Marina militare (4-03498) (risp. PINOTTI, <i>ministro della difesa</i>)	3525	SCILIPOTI ISGRO': sul mutuo riconoscimento della specializzazione in medicina legale nell'Unione europea (4-04019) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3542
LUCHERINI ed altri: sulla riorganizzazione degli ospedali di Bracciano, Monterotondo e Subiaco, prevista dal piano operativo 2013-2015 della Regione Lazio (4-02240) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3527	SIMEONI ed altri: sull'aumento di casi di contagio da HIV nel Lazio, in particolare nella provincia di Latina (4-03956) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3545
PALERMO: sul processo di dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche (4-03772) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3531		

CENTINAIO, DIVINA. - *Al Ministro della difesa.* - Premesso che a quanto risulta agli interroganti:

il portale *on line* di informazione per il comparto difesa e sicurezza "Infodifesa" ha pubblicato il 20 aprile 2015 una lettera del signor Massimiliano Ronchi;

nella sua lettera aperta, Ronchi asserisce di esser venuto a conoscenza del fatto che ai partecipanti al raduno dei marinai che avrà luogo a Ravenna tra il 9 ed il 10 maggio prossimi è stato vietato di indossare il fiocco giallo che da oltre 3 anni simboleggia la solidarietà ai 2 Marò trattenuti in India contro le vigenti norme del diritto internazionale;

alla base del divieto vi sarebbe il timore di una contestazione dei marinai alle autorità politiche che parteciperanno alla manifestazione;

malgrado il divieto, sarebbero numerosi i marinai intenzionati ad indossare anche a Ravenna il fiocco giallo,

si chiede di sapere:

se al Ministro in indirizzo risulti che quanto affermato da Ronchi corrisponda al vero ed, in tal caso, se sia a conoscenza di quale autorità abbia assunto la decisione di vietare ai marinai di sfilare a Ravenna con il fiocco giallo;

quali sanzioni siano eventualmente previste nei confronti di coloro che non si uniformeranno alle indicazioni impartite.

(4-03905)

(5 maggio 2015)

RISPOSTA. - Si precisa, innanzitutto, che quanto apparso sul sito *online* "Infodifesa" il 20 aprile 2015, riguardo al divieto ai partecipanti del XIX raduno nazionale dei marinai d'Italia d'indossare il "fiocco giallo", in segno di solidarietà nei confronti dei 2 fucilieri del reggimento San Marco,

Massimiliano Latorre e Salvatore Girone, non corrisponde al vero. Intatti, la presidenza nazionale dell'Associazione marinai d'Italia ha precisato in una nota, a chiarimento di un quesito che le era stato rivolto, che, così come a suo tempo disposto, un fiocco giallo può essere apposto sul vessillo di gruppo e indossato dai soci dell'ANMI sul risvolto della giacca della divisa sociale "fino al termine della vicenda che vede coinvolti i nostri due Fucilieri di Marina e fino al loro rientro onorevole in Patria".

"Come noto — prosegue la comunicazione — tale vicenda, nonostante tutte le proposte i tentativi e le manifestazioni messe in campo dall'Associazione, non si è ancora conclusa. Pertanto rimane vigente la disposizione emanata a suo tempo: il Vessillo del Gruppo può essere ornato del fiocco giallo; tutti i soci ANMI che prenderanno parte al Raduno sono autorizzati ad indossare il nastrino giallo sulla giacca della divisa sociale".

Si conferma, infine, che il richiamato raduno nazionale tenutosi a Ravenna nei giorni 9 e 10 maggio 2015, non solo si è regolarmente svolto, ma nessun socio o gruppo è stato invitato a rimuovere il "fiocco giallo" dalla divisa sociale o dal vessillo dell'ANMI.

Il Ministro della difesa

PINOTTI

(21 luglio 2015)

CROSIO. - *Al Ministro della difesa.* - Premesso che, per quanto risulta all'interrogante:

nel settembre 2013 si è appreso da diversi siti *internet* che il Co.Ce.R. sezione Marina era stato convocato presso lo Stato maggiore della Marina per partecipare ad un incontro con un ufficiale delegato dal capo di Stato maggiore e i rappresentanti di una società fornitrice di servizi denominata "Eudaimon";

da quanto si legge sul sito della stessa Eudaimon, l'azienda si presenta in estrema sintesi come "l'unica in Italia con una proposta completa per il *welfare* aziendale e soluzioni per agevolare la conciliazione tra vita-lavoro del personale";

tale società fu già incaricata dalla forza armata, non è noto sapere sulla base di quali criteri, di realizzare uno studio sulle problematiche che riguardano il benessere del personale in generale e di proporre delle soluzioni da attuare direttamente o indirettamente;

il lavoro che si andrebbe a svolgere si sovrapporrebbe perfettamente a ciò che già per legge (nuovo codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo n. 66 del 2000 e testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 90 del 2010) devono istituzionalmente fare gli uffici Benessere della forza armata e le rappresentanze militari;

il ricorso ad aziende esterne risulta inopportuno, alla luce del grave e prolungato stato di crisi in cui versa la finanza pubblica del nostro Paese;

in particolare, non paiono sussistere i presupposti perché si possa affidare questo genere di incarichi, sostanzialmente di consulenza esterna, quando ci sono già degli uffici che svolgono egregiamente all'interno dell'amministrazione i medesimi compiti;

l'articolo 1833 del decreto legislativo n. 66 del 2010, inserito nel libro sesto, titolo VI, in materia di assistenza morale, benessere e protezione sociale, prevede altresì che eventuali esternalizzazioni siano prioritariamente affidate ad organizzazioni costituite tra il personale dipendente, associazioni d'arma o di categoria e solo in ultima analisi a enti e terzi esterni;

la spesa per lo studio commissionato alla Eudaimon ammontava ad alcune decine di migliaia di euro, sottratte alla disponibilità del personale che la rappresentanza militare dovrebbe tutelare;

in merito al benessere del personale, inoltre, il Co.Ce.R. Marina aveva deliberato all'inizio dell'anno in favore della creazione di una piattaforma informatica a livello centrale, che potesse coordinare le convenzioni di tutta la forza armata, con il pieno coinvolgimento della rappresentanza militare;

tale richiesta avanzata dal Co.Ce.R. Marina è già stata soddisfatta a livello interforze dallo Stato maggiore della Difesa. Infatti, oggi, tramite apposito sito *internet*, diverse ditte propongono gratuitamente offerte a favore del personale militare;

inspiegabilmente, però, a quanto pare, all'inizio di ottobre 2014 è informalmente pervenuta al Co.Ce.R. Marina una lettera il cui mittente risulta essere "l'Ufficio dell'Assistente aggiunto del Capo di Stato Maggiore della Marina", indirizzata alla Direzione di commissariato e per conoscenza alla Direzione del personale, risalente al 28 luglio 2014;

all'interno di tale lettera sarebbe menzionata la partecipazione di un delegato del Co.Ce.R. Marina alla commissione giudicatrice per la prevista gara d'appalto. Inoltre, nella missiva vi sarebbe altresì un elenco di ditte, in testa al quale si troverebbe proprio la Eudaimon;

da tale lettera e dalle annesse specifiche tecniche non si comprende a quanto ammonterebbe la spesa che la forza armata dovrebbe sopportare e, di conseguenza, quale tipo di gara dovrebbe aver luogo;

nonostante le rappresentanze locali e nazionali della Guardia costiera abbiano recentemente ribadito le loro perplessità al riguardo, con apposita delibera, e abbiano chiesto al comandante competente di essere tenute informate di tutte le iniziative riguardanti il benessere del personale, riportando una serie di opportuni quesiti, non solo ciò non è avvenuto ma anzi risulta che siano state egualmente avviate le procedure propedeutiche all'effettuazione di una gara;

tutto ciò sarebbe inoltre accaduto malgrado nelle specifiche tecniche allegate alla suddetta lettera fosse menzionato il personale delle Capitanerie di porto e della Guardia costiera,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della situazione;

come mai, a dispetto di un testo riguardante la ditta Eudaimon che la descrive come l'unica società esistente in Italia capace di esprimere una proposta completa per il *welfare* aziendale e soluzioni per agevolare la conciliazione tra la vita e il lavoro del personale, siano state individuate altre 8 ditte a cui è stato richiesto di sottoporre un'offerta economica;

quali siano i motivi che hanno indotto l'amministrazione a selezionare tali 8 imprese;

se nelle procedure generalizzate nella premessa sia stata coinvolta la CONSIP;

per quali ragioni non sia stata contattata la società Difesa servizi SpA, di cui il Ministro è il presidente;

quali siano le ragioni per le quali il bando di gara non è stato pubblicato sul sito *internet* istituzionale della Marina militare;

se in merito all'avvio delle procedure per individuare una ditta idonea alla quale affidare i servizi per il benessere del personale militare marittimo sia stato coinvolto ufficialmente il Co.Ce.R. sezione Marina attraverso l'emanazione di apposite delibere e se vi siano state esplicite risposte;

per quali motivi la lettera alla Direzione di commissariato di Roma, concernente l'avvio delle procedure amministrative di affidamento ad una ditta esterna della fornitura di servizi per il benessere del personale mili-

tare marittimo, è datata a fine luglio 2014, mentre sarebbe stata resa nota al Co.Ce.R. solo a metà ottobre e per di più anche in modo informale;

se, prima dell'avvio di tale procedura, vi sia stato un coinvolgimento di associazioni di personale come quelle d'Arma o di categoria, che operano come è noto senza scopo di lucro;

se, al fine di risparmiare le già esigue risorse stanziare a favore del personale militare marittimo, il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno sospendere la procedura di gara, per ragioni di autotutela, e potenziare invece gli uffici preposti esistenti in ambito della forza armata, considerando maggiormente il ruolo dei delegati della rappresentanza militare;

se non ritenga opportuno in via prioritaria comunque sottrarre il personale delle Capitanerie di porto della Guardia costiera all'applicazione della convenzione in via di definizione con una società di servizi esterna all'amministrazione della difesa, in considerazione del parere espresso dalle rappresentanze a livello nazionale e locale e del fatto che i loro bilanci appartengono al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, per cui sarebbe quest'ultimo a dover indire eventualmente autonome gare.

(4-03046)

(20 novembre 2014)

RISPOSTA. - A premessa della risposta si sottolinea che la scelta della forza armata di affidarsi all'esperienza esterna all'amministrazione, per la tipologia di servizi come quella evidenziata, non è da considerarsi definitiva, ma costituisce l'avvio di un percorso innovativo che prevede, simultaneamente, nella stessa procedura di affidamento del servizio anche una fase di formazione, presso la sede della ditta aggiudicataria, del personale della Marina militare da impiegare in ambito *welfare* e della rappresentanza militare su dinamiche di ricerca di mercato, attivazione di convenzioni ed analisi di esperienze analoghe presso altre aziende. Lo scopo finale è quello di avere, in futuro, nelle disponibilità dell'elemento di organizzazione centrale dedicato al benessere del personale, personale qualificato e formato per avviare un percorso di internalizzazione della tematica del *welfare*.

Tanto premesso, sulle questioni oggetto dell'atto il Dicastero ha già avuto modo di riferire in riscontro ad un'interrogazione a risposta orale dell'on. Bolognesi (5-04152), svolta presso la IV Commissione (Difesa) della Camera il 27 novembre 2014. Nel confermare quanto sostenuto in quella sede, si riassumono i passaggi essenziali di quell'intervento precisando che il "*welfare* aziendale" non è direttamente riconducibile all'articolo 1833 del decreto legislativo n. 66 del 2010, richiamato nell'atto, in quanto il contesto

di riferimento della disposizione normativa riguarda, principalmente, gli organismi di protezione sociale che nascono per consentire al personale militare e alle famiglie di utilizzare a costo contenuto i circoli ricreativi, gli stabilimenti balneari, i soggiorni militari, come luoghi di ritrovo e svago.

Si rende noto che nel mese di settembre 2013, lo Stato maggiore della Marina ha disposto la costituzione di un comitato di progetto per la realizzazione di un sistema di benessere a favore del personale dipendente, affidando, dopo apposita procedura in economia, la realizzazione di un'attività di studio per le esigenze del personale della forza armata alla società Eudaimon, azienda *leader* nel settore benessere. Lo studio riguardava un progetto innovativo concernente, tra l'altro, la creazione mirata di un portale d'accesso a una serie di servizi finalizzati al benessere di tutto il personale militare, quali convenzioni per l'acquisto di beni (libri, articoli di vestiario, alimenti), e servizi (per gli anziani, corsi di studio, assicurazioni, visite mediche specialistiche).

L'intero progetto è stato sviluppato, sin dall'inizio, in rapporto costante con il COCER della Marina che ha contribuito alla predisposizione delle specifiche tecniche poste a base di gara e ha, altresì, segnalato alcune ditte specializzate nel "*welfare* aziendale", consentendo di ampliare il numero di proposte da valutare.

Lo Stato maggiore della Marina ha coinvolto ufficialmente nel progetto anche il comando generale delle Capitanerie di porto, che ha condiviso il progetto assicurando anche la relativa copertura finanziaria; ciò in ragione della differente allocazione finanziaria delle risorse relative al personale delle Capitanerie (Ministero delle infrastrutture e dei trasporti).

Secondo quanto riferito dalla forza armata, la gara per aggiudicarsi l'appalto del progetto è stata vinta dalla ditta Eudaimon (nel secondo scoglio di gara in data 25 novembre 2014, perché nel primo non si era raggiunto il numero legale), in accordo alle accennate specifiche tecniche richieste dal COCER. In tale occasione tra i membri della commissione giudicatrice erano stati inseriti 2 membri del COCER.

L'acquisizione del servizio non è avvenuta per il tramite della Consip (in quanto quest'ultima non tratta tali tipologie merceologiche) né per il tramite di Difesa servizi SpA, poiché per tale funzione (scelte strategiche e di *policy*) non esiste un obbligo della forza armata a confrontarsi con la stessa. Stando alle informazioni fornite dalla forza armata, tra le associazioni d'arma o di categoria, inoltre, non ne esistono tali che possano vantare competenza specifica nello studio (scientifico e statistico) sulle esigenze del personale o che abbiano modelli di sviluppo capaci di competere con gli strumenti di benessere oggi offerti a dipendenti delle maggiori aziende italiane.

Le informazioni relative al bando di gara sono state rese disponibili e pubblicate sul sito della Marina, Bandi di gara, ente: Maricommi Roma, avviso post informazione UGA364.

Il Ministro della difesa

PINOTTI

(21 luglio 2015)

CROSIO. - *Ai Ministri della difesa e delle infrastrutture e dei trasporti.* - Premesso che a quanto risulta all'interrogante:

da pochi mesi si è conclusa l'attività denominata "Mare nostrum";

tra i vari aspetti non condivisibili vi è stata certamente l'enorme pubblicità data dallo Stato maggiore della Marina, che è cosa ben diversa dall'attività di informazione ai cittadini;

da alcuni siti *internet* è stato pubblicato in data 16 gennaio 2015, un articolo dal titolo "sindacato giallo, rappresentanza grigia?";

tale articolo, a firma del delegato del Co.Ce.R. (Consiglio centrale di rappresentanza) Ciavarelli che tra l'altro svolge funzioni di segretario del Co.Ce.R. Interforze, nell'evidenziare la necessità di una riforma della Rappresentanza militare descriveva a titolo di esempio una grave vicenda che coinvolgerebbe direttamente il delegato. Conseguenza e rischio di tale vicenda sarebbe l'autonomia dei delegati, garantita dalla legge, e quindi la credibilità dell'organo di rappresentanza;

il fatto in questione si riferisce ad un articolo apparso su un quotidiano nazionale l'11 giugno 2014. Tenuto conto dei sacrifici degli equipaggi rappresentati dal delegato, chiedeva un riconoscimento economico al personale attraverso un decreto-legge ai fini del proseguo dell'attività. Il giornalista all'interno dell'articolo aggiungeva delle dichiarazioni, non riferite al delegato, assimilando le attività della Guardia costiera a quelle degli scafisti. Dall'altro canto sarebbe stato assurdo vedere un delegato esprimersi prima a favore di emolumenti da destinarsi agli equipaggi, e al contempo esprimersi in modo offensivo nei confronti dei propri rappresentati. Come è noto la Guardia costiera con funzioni di Polizia marittima ha proceduto a diversi arresti di scafisti e storicamente il delegato Ciavarelli ne valorizza l'attività operativa;

il mattino stesso alcuni delegati del Co.Ce.R., Sezione Marina militare, anziché chiarire e puntualizzare alla redazione del giornale con la par-

tecipazione dello stesso Ciavarelli, a sua insaputa, si sono riuniti per approvare una delibera con relativo comunicato stampa contro la sua persona. Fatto più grave è stato che ciò è avvenuto mentre era convocato il Co.Ce.R. Interforze di cui il delegato ne è segretario;

peraltro, come si evince dalle stesse convocazioni del capo di Stato Maggiore della Marina, il Co.Ce.R. Interforze ha prevalenza su quella di sezione. Tutto ciò è accaduto, quindi, violando palesemente le norme procedurali;

nell'immediatezza dei fatti il delegato Ciavarelli ha comunque puntualizzato il tutto con un comunicato stampa, affermando il proprio pensiero. A suo sostegno vi sono anche delibere delle rappresentanze delle Capitanerie di Porto, che peraltro ancora non hanno neanche il Co.Ce.R. nonostante le dipendenze funzionali ed economiche da Ministri diversi della Difesa;

il fatto riportato come esempio è la conferma che l'attuale sistema necessita sicuramente di un miglioramento nei diritti e nelle tutele e di un superamento di incongruità. Infatti è da tenere in considerazione anche la particolarità che il presidente gerarchico del Co.Ce.R. della Marina riveste il ruolo di Capo reparto del personale alle dirette dipendenze del Capo di Stato maggiore della Marina,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo intendano attivarsi, nell'ambito delle proprie attribuzioni, perché si giunga all'immediato annullamento della delibera n. 100/XI emessa in data 11 giugno 2014 da alcuni componenti del Co.Ce.R. Marina in modo illegittimo in concomitanza con la riunione del Co.Ce.R. Interforze, al quale viceversa i delegati del Co.Ce.R. Marina avevano il dovere di essere presenti. Ciò al fine di evitare che una irregolarità diventi un precedente che possa ripercuotersi anche in altri livelli della rappresentanza;

se intendano ed in che modo ricordare ai delegati della Rappresentanza la scala di priorità delle convocazioni delle varie sezioni dei consigli, in modo che non vadano a contrapporsi e sovrapporsi a quello che oggi è il Co.Ce.R. cioè il consiglio Interforze, e al fine salvaguardare e non vanificare l'impegno di coloro che si sforzano eticamente di rappresentare il personale militare.

(4-03498)

(19 febbraio 2015)

RISPOSTA. - Si rappresenta che i delegati del COCER svolgono il loro mandato in autonomia (garantita ai sensi della normativa vigente, in particolare dall'articolo 1479 del codice dell'ordinamento militare, che stabilisce il "Divieto di condizionamento del mandato di rappresentanza") e in piena consapevolezza dei loro diritti e doveri in osservanza del disposto normativo di cui all'articolo 882 del testo unico dell'ordinamento militare.

Ciò detto, secondo quanto comunicato dalla forza armata, la delibera n. 100/XI, emessa in data 11 giugno 2014 dal COCER Marina, risulta legittima in quanto avvenuta nell'ambito della convocazione settimanale (dal 9 al 13 giugno), in presenza di un numero legale e redatta in tempo utile per consentire ai partecipanti stessi di presenziare alla successiva attività interforze.

Con riferimento, invece, alla necessità di "ricordare ai delegati della rappresentanza la scala di priorità delle varie sezioni dei consigli", si rende noto che la priorità data alle convocazioni del COCER interforze o di comparto, rispetto a quelle di sezione, viene di solito menzionata nel messaggio di convocazione dello Stato maggiore della Marina, pur non essendo espressamente disciplinata dal codice dell'ordinamento militare e dal testo unico dell'ordinamento militare. Non è infatti prevista una norma che vieti di svolgere contemporaneamente riunioni di sezione e riunioni interforze.

Per completezza di informazione rispetto a quanto riportato nell'atto di sindacato ispettivo si rammenta che le Capitanerie di porto, pur avendo una dipendenza funzionale dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sono un corpo della Marina militare, di cui fanno parte integrante. In tale veste, come previsto dall'articolo 1476 del codice dell'ordinamento militare e dal decreto interministeriale 7 agosto 2014, sono rappresentate da un proprio consiglio intermedio di rappresentanza (COIR) confluyente nel COCER Marina.

Il Ministro della difesa

PINOTTI

(21 luglio 2015)

LUCHERINI, ASTORRE, PARENTE, MOSCARDELLI, VALENTINI, SPILABOTTE, CIRINNA'. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

la Regione Lazio ha siglato un piano di rientro per il recupero del disavanzo sanitario in data 28 febbraio 2007, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 149 del 2007. A conclusione del primo triennio di

attività finalizzate alla riorganizzazione del Servizio sanitario regionale (SSR), la Regione ha formalizzato il prosieguo del piano sottoscrivendo il programma operativo per gli anni 2010-2012. Nel successivo programma operativo 2013 - 2015, di cui al decreto del commissario *ad acta* n. 480 del 6 dicembre 2013, presentato ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze in data 21 marzo 2014, sono stati previsti una serie di interventi che interessano: le cure primarie e la rete territoriale; la riorganizzazione dell'offerta assistenziale; l'efficientamento della gestione; i flussi informativi; interventi operativi di gestione, nonché interventi per il Governo del programma operativo;

la Regione Lazio è sottoposta a commissariamento dal 2007. Ciò in ragione dei disavanzi sanitari accumulati, in particolar modo nell'ultimo quindicennio. Solo nel 2006 il disavanzo sanitario ha raggiunto la cifra 1.971 milioni di euro (quasi 2 miliardi di euro);

in ossequio a quanto stabilito dal decreto del commissario *ad acta* n. 80 del 30 settembre 2010, recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Lazio", il programma operativo 2013 - 2015 stabilisce la riconversione, tra gli altri, di alcuni nosocomi della provincia di Roma. Tale riconversione, motivata da esigenze, peraltro condivisibili, finalizzate all'ottimizzazione dell'intera offerta sanitaria regionale nonché da necessità di razionalizzazione della spesa sanitaria, incontra il serio rischio di operare una vera sperequazione, quando non una seria inadeguatezza, dell'offerta di prestazioni e servizi sanitari;

con specifico riferimento al programma operativo 2013 - 2015, in particolare in merito alle strutture ospedaliere di Bracciano (ospedale "Padre Pio") afferente alla ASL Roma F e le strutture di Monterotondo (ospedale "SS. Gonfalone") e di Subiaco ("Ospedale "Angelucci") entrambi afferenti alla ASL Roma G, si rileva la riconversione e la promozione dei servizi territoriali;

a giudizio degli interroganti, la riorganizzazione della rete ospedaliera esporrebbe i numerosi comuni aventi quale struttura ospedaliera di riferimento i tre nosocomi citati, al rischio di un vuoto assistenziale che, ove si realizzasse, pregiudicherebbe gravemente il diritto alla salute, riconosciuto e garantito dall'art. 32 della Costituzione. Una simile riorganizzazione produrrebbe una grave e ingiustificata carenza assistenziale, soprattutto per quanto riguarda l'offerta ospedaliera legata ai servizi di emergenza e urgenza, ad est e a nord della provincia di Roma;

per quanto riguarda il quadrante nord est che interessa le ASL Roma G e F (con circa 800.000 abitanti e non irrilevante in termini di estensione territoriale) si lascerebbe ai soli presidi ospedalieri di Tivoli e Civitavecchia la gestione delle emergenze. Ad una riduzione dell'offerta sanitaria da parte delle tre strutture ospedaliere non può che corrispondere un aumen-

to della richiesta di assistenza verso altri nosocomi (verso i presidi ospedalieri di Tivoli e Civitavecchia e soprattutto verso le aziende ospedaliere di Roma) con tutte le problematiche che ne deriverebbero in termini di congestione dei punti di pronto soccorso, di efficienza e sicurezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie nonché di soddisfacimento della domanda sanitaria da parte dell'utenza;

con riferimento al rapporto tra numero di posti letto e numero di abitanti, l'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge n. 95 del 2012 (cosiddetto decreto *spending review*), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, stabilisce che siano le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ad adottare provvedimenti di riduzione dello *standard* dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;

come risulta dal rapporto annuale SIES (Sistema informativo emergenza sanitaria) del 2013, il rapporto tra posti letto e abitanti nella ASL Roma C è pari a 0,98 per 1.000 residenti a fronte di uno *standard* regionale di 2,97 per 1.000 residenti. Dai dati emerge che il numero dei posti letto dell'ASL Roma G (la più estesa della regione Lazio) interessando una popolazione di circa 500.000 abitanti, è notevolmente al di sotto dello *standard* definito dal decreto-legge di cui sopra. La ASL Roma F presenta un rapporto tra posti letto e abitanti che, oltre ad essere decisamente inferiore allo *standard* nazionale, è ancora più basso di quello dell'ASL Roma G. Entrambe le aziende sanitarie complessivamente hanno a disposizione un numero di posti letto inferiore a 700 a fronte degli oltre 2.000 di cui dovrebbero disporre secondo gli *standard* regionali di riferimento;

il rapporto posti letto per numero di abitanti se da un lato è notevolmente al di sotto dello *standard* previsto dalle legge, soprattutto nei territori della provincia di Roma, dall'altro, in riferimento ad alcune aziende ospedaliere di Roma, è di molto superiore al livello stabilito in 3,7 posti letto per 1.000 abitanti (alcune aziende ospedaliere hanno un rapporto che oscilla tra i 4,5 e i 6 posti letto per 1.000 abitanti);

il Ministro in indirizzo, partecipando al convegno "Ripensare un nuovo modello di sanità nella valle dell'Aniene", tenutosi il 4 maggio 2014 a Jenne, piccolo comune della valle dell'Aniene in provincia di Roma, ha rilevato come sia necessario intervenire di concerto con la Regione Lazio al fine di rivedere il decreto del commissario *ad acta* n. 80 del 2010 per assicurare relativamente all'ospedale di Subiaco la rete dell'emergenza-urgenza con un pronto soccorso dotato di posti letto di degenza di chirurgia, medicina e ortopedia. Dello stesso tenore sono state le osservazioni del presidente della Regione Lazio. Zingaretti ha sottolineato la necessità di superare il decreto DCA n. 80 del 2010 al fine di garantire alle strutture ospedaliere di Bracciano, Monterotondo e Subiaco funzioni vitali come il pronto soccorso,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga necessario, nell'ambito delle proprie competenze, ripensare il modello sanitario previsto dal decreto commissariale n. 80 del 2010, tenendo conto che le strutture che insistono in aree complesse e disagiate non devono essere carenti di servizi, come quelli relativi alla presenza di un pronto soccorso con una dotazione di posti letto e prestazioni sanitarie adeguate, necessari a garantire la sicurezza dei cittadini e la piena attuazione del diritto costituzionale alla salute;

se non ritenga opportuno promuovere un tavolo tecnico di confronto con la Regione Lazio, coinvolgendo le realtà locali interessate, al fine di definire insieme una soluzione che, pur nel rispetto dei principi di razionalizzazione ed efficienza dei servizi sanitari, tenga conto della necessità di garantire per i tre nosocomi, l'offerta di servizi sanitari di emergenza e urgenza dotati di un numero di posti letto adeguato.

(4-02240)

(27 maggio 2014)

RISPOSTA. - La Prefettura-Ufficio territoriale del Governo di Roma ha provveduto ad acquisire, presso la Regione Lazio, le informazioni concernenti le strutture ospedaliere richiamate.

A tal riguardo risulta che, ai sensi del decreto del commissario *ad acta* n. 412/2014, concernente la rettifica del DCA n. 368/2014 sull'attuazione dei programmi operativi 2013-2015, di cui al decreto del commissario *ad acta* n. 247/2014, e l'adozione del documento tecnico inerente alla riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione, nonché in esito ai conseguenti atti aziendali della ASL RmG e della ASL RmF, è previsto quanto segue.

Per quanto riguarda il presidio ospedaliero di Subiaco (ASL RmG), esso viene configurato come presidio ospedaliero in una zona particolarmente disagiata.

La struttura di Monterotondo (ASL RmG), viene configurata come ospedale sede di pronto soccorso. La risposta alle emergenze è assicurata, nelle 24 ore, dai medici del dipartimento emergenza e accettazione (DE-A) di primo livello di Tivoli, con la presenza, nelle 24 ore, di un mezzo di soccorso medicalizzato nel relativo bacino territoriale. Inoltre, vengono resi disponibili un laboratorio di analisi per le emergenze, un servizio di teleconsulenza per la radiologia ed è attrezzata una elisuperficie. L'operatività delle

attività di ricovero viene assicurata da posti letto ordinari ed in “*day surgery*”, organizzati in un'area comune medico-chirurgica, cui si aggiungono posti letto in lungodegenza.

La struttura ospedaliera di Bracciano (ASL RmF), in coerenza con la disciplina normativa riguardante i presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate, viene riconfigurata nel seguente modo: risposta all'emergenza assicurata entro le 24 ore dai medici del DEA di primo livello di Civitavecchia; presenza nelle 24 ore, nel bacino territoriale, di un mezzo di soccorso medicalizzato, di un laboratorio di analisi per l'emergenza, di un servizio di teleconsulenza per la radiologia, nonché di una elisuperficie attrezzata. L'attività di ricovero, per garantirne una sua efficiente operatività, viene assicurata da 30 posti letto ordinari e da 10 posti letto in “*day surgery*”, organizzati in un'area comune medico-chirurgica.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(15 luglio 2015)

PALERMO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in Italia ogni anno oltre 600.000 pazienti ricevono cure mediche in una regione diversa da quella di residenza, ovvero necessitano di ritirare presso farmacie lontane dal luogo di abitazione medicinali già prescritti dal proprio medico di base, trattandosi in molti casi di farmaci "salvavita" o indispensabili per la cura di malattie croniche;

tali tipologie di medicinali, impiegati per patologie gravi, permanenti e acute e ritenuti indispensabili per assicurare le cure previste nei livelli essenziali di assistenza (LEA), sono incluse nei cosiddetti farmaci di fascia A, che sono a carico del Sistema sanitario nazionale e che sono individuati da un apposito prontuario, periodicamente aggiornato, predisposto dal Ministero della salute, la cui validità si estende, in teoria, su tutto il territorio nazionale: in altri termini, un assistito del Veneto, come anche uno della Calabria, dovrebbero potersi recare nella loro farmacia di fiducia e ricevere gratuitamente lo stesso medicinale;

questo principio viene tuttavia contraddetto, nella realtà, da ulteriori elementi normativi: 1) è stato previsto che le singole Regioni possano reintrodurre, per far fronte ai propri disavanzi, una forma di partecipazione alla spesa farmaceutica (*ticket*), che in genere consiste in una quota fissa per ricetta o per confezione: 11 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) più la Provin-

cia autonoma di Bolzano hanno imposto *ticket* di importo diverso e hanno altresì individuato autonomamente criteri e fasce differenti di soggetti esenti; 2) i farmaci di fascia A possono essere prescritti dal medico di famiglia su apposito ricettario, dai medici di guardia medica, del pronto soccorso, dagli specialisti ambulatoriali, dai medici ospedalieri, a seconda delle diverse disposizioni delle leggi regionali. L'erogabilità a carico del SSN di tali medicinali ha valore esclusivamente nell'ambito della regione in cui la ricetta è stata emessa; al di fuori, la stessa mantiene il suo valore come atto medico, ma il relativo costo è a carico del paziente; 3) a ciò si aggiunge, talora, un'ulteriore problematica, più rara ma presente, che riguarda prontuari che possono essere diversi addirittura, nell'ambito della stessa regione, da provincia a provincia;

considerato che:

l'applicazione del corretto principio del federalismo sanitario, che persegue il fondamentale obiettivo di indurre una responsabilizzazione dei centri di spesa decentrati e quindi di rendere più efficienti le prestazioni sanitarie prendendo a riferimento le Regioni migliori (le cosiddette *benchmark*) ha nella sua distorta applicazione generato una proliferazione di costi difformi a carico dei pazienti e la concreta difficoltà per chi debba allontanarsi dalla propria residenza per brevi periodi e soffra di patologie gravi, croniche e acute, di approvvigionarsi dei farmaci necessari;

Federfarma ha cercato di ovviare, in parte, al grave problema ponendo in essere accordi tra Regioni e Province confinanti (come Mantova con il Veneto), ma ha altresì rilevato che questo tipo di collaborazioni, che esulano da un intervento centrale, non può che configurarsi come una "soluzione tampone", non sempre di facile e sicura realizzazione (come testimonia il fatto che lo stesso ordine dei farmacisti di Mantova non è riuscito a chiudere con l'Emilia-Romagna, parimenti confinante come il Veneto, il medesimo accordo) e che è pertanto necessario un coordinamento centrale;

considerato altresì che:

con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 2 novembre 2011 si è avviato un processo unitario di innovazione digitale delle procedure sanitarie, che prevede la progressiva dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010 e la diffusione e la messa a regime delle relative procedure attraverso accordi specifici tra il Ministero dell'economia, il Ministero della salute e le singole Regioni e Province autonome;

con il successivo decreto-legge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012 (cosiddetto "decreto Crescita 2.0") è stata prevista, all'art. 13, comma 2, la validità su tutto il territorio na-

zionale, a partire dal 1° gennaio 2014, delle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico, nel rispetto delle disposizioni che regolano i rapporti economici tra le Regioni, le ASL e le strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie, fatto comunque salvo l'obbligo di compensazione tra Regioni del rimborso di prescrizioni farmaceutiche relative a cittadini di regioni diverse da quella di residenza, rinviando a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, la definizione delle modalità di attuazione della disposizione;

nello schema del citato decreto attuativo, trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni a fine gennaio 2014, si stabilivano in concreto le modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta elettronica, dispensazione finalmente effettuabile presso qualsiasi farmacia pubblica e privata convenzionata con il SSN, prevedendo che spettasse al farmacista, al momento della consegna del medicinale, riscuotere il *ticket* a carico dell'assistito previsto dalla Regione in cui la farmacia ha sede, anche in base all'esenzione indicata dal medico prescrittore (art. 1, commi 1-2), e che competesse alle Regioni e alle Province autonome, invece, il compito di verificare la corretta compilazione delle ricette *on line* al momento dei controlli per la compensazione interregionale delle ricette stesse e sulla base delle regole vigenti nella Regione di residenza dell'assistito (art. 1, comma 3);

molte e diffuse sono le criticità che ancora permangono in materia di dematerializzazione della ricetta, prima tra tutte quella relativa ai diversi "tempi di risposta" delle amministrazioni regionali: c'è chi, avendole cominciate per tempo, è a buon punto con le sperimentazioni, chi invece le ha avviate da poco e chi si accinge a iniziarle solo adesso, una situazione a dir poco "frastagliata" che, con ogni probabilità, imporrà una qualche forma di accordo per riallineare la tempistica;

parimenti, dovranno essere "riallineate" le modalità di codifica delle diverse condizioni e ragioni di esenzione dai *ticket*, per scongiurare il rischio (altrimenti inevitabile) che il codice apposto dal medico nella ricetta elettronica rilasciata in una data regione risulti impossibile da leggere al momento della sua spedizione in una qualsiasi farmacia di una delle altre regioni, con le inevitabili, intuibili conseguenze;

il decreto attuativo non risulta alla data odierna emanato e il processo di dematerializzazione della ricetta procede ancora a rilento, visto che nella stessa "Strategia per la crescita digitale 2014-2020. Piattaforme abilitanti: Sanità digitale" della Presidenza del Consiglio dei ministri la tempistica prevista per la "messa a regime" delle ricette digitali è stata procrastinata al 2016,

si chiede di sapere:

quali azioni il Ministro in indirizzo intenda porre in essere per monitorare, incentivare e accelerare il percorso di sostituzione delle prescrizioni cartacee con quelle in formato elettronico, al fine di risolvere definitivamente il grave problema della mancanza di validità su tutto il territorio nazionale della ricetta medica per i farmaci di fascia A;

se, per ovviare a tale situazione che genera disagi e disparità di trattamento tra cittadini, intenda favorire percorsi di condivisione delle piattaforme *software* a livello sovraregionale;

come intenda procedere nella direzione di una standardizzazione dei costi della sanità senza tuttavia porre in essere tagli lineari della spesa che non tengono in considerazione i differenti livelli di efficienza e di innovazione digitale raggiunti dalle aziende sanitarie regionali.

(4-03772)

(9 aprile 2015)

RISPOSTA. - In merito alle azioni da porre in essere per monitorare, incentivare ed accelerare il percorso di sostituzione delle prescrizioni mediche cartacee con quelle in formato elettronico, si segnala che i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze conducono costantemente il monitoraggio per la verifica dello stato di avanzamento della ricetta dematerializzata presso le Regioni, sulla base dei piani di diffusione da loro presentati, tenuto conto anche degli obiettivi stabiliti dalla vigente disciplina normativa in tale materia. Nell'ambito di tale attività di monitoraggio, vengono analizzate le criticità che le Regioni riscontrano nell'attuazione dei piani, con l'obiettivo di fornire ogni utile indicazione per il loro superamento.

Ad oggi risulta che 7 Regioni hanno raggiunto una percentuale di ricette dematerializzate prescritte superiore al 90 per cento, altre 7 Regioni hanno raggiunto una percentuale superiore al 60 per cento e, presumibilmente, le Regioni che hanno già avviato le attività per la ricetta dematerializzata raggiungeranno la percentuale del 60 per cento entro la fine del 2015.

Per quanto concerne la richiesta di favorire percorsi di condivisione delle piattaforme *software* a livello sovraregionale, si precisa che, al fine di supportare le Regioni, in particolare quelle che presentano un minor livello di innovazione digitale, in coerenza con le disposizioni di cui al decreto ministeriale del 2 novembre 2011, il Ministero dell'economia ha implementato, nell'ambito del sistema tessera sanitaria, un sistema di livello nazionale (sistema di accoglienza centrale, SAC). Esso costituisce una piattaforma che consente alle Regioni che non hanno un loro sistema di accoglienza regionale di gestire la ricetta dematerializzata, dal momento della prescrizione della

prestazione fino all'erogazione. Inoltre il SAC attribuisce il numero univoco nazionale alla ricetta dematerializzata, che, da una parte, abilita l'utilizzo della stessa su tutto il territorio nazionale e, dall'altra, ne garantisce il controllo del corretto utilizzo.

Riguardo al problema della mancanza di validità, su tutto il territorio nazionale, della ricetta medica farmaceutica, si ricorda che l'articolo 13, comma 2, del decreto-legge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012, prevede la validità su tutto il territorio nazionale delle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico. Il decreto attuativo della disposizione è stato predisposto dal Ministero della salute ed è stato oggetto di condivisione con le Regioni nella riunione tecnica tenutasi in data 19 maggio 2015 in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(15 luglio 2015)

PANIZZA. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* - Premesso che:

a Rovereto (Trento) vi è l'ossario - sacrario di Castel Dante, che conserva le spoglie di circa 20.000 soldati italiani e di 5.000 soldati austriaci, e rappresenta tra l'altro l'unico ossario che conserva un numero così rilevante di caduti austriaci;

nel periodo in cui l'interrogante era assessore per la cultura della Provincia autonoma di Trento, ha più volte incontrato i vertici di "Onor caduti", l'istituzione che ha il compito di conservare la memoria dei soldati italiani caduti in guerra e che pertanto opera a livello mondiale, e alla quale è affidata la gestione di tutti i sacrari d'Italia e, quindi, anche quello di Castel Dante;

durante questi incontri, volti a concordare alcuni interventi di manutenzione straordinaria dell'ossario che, nelle parti inferiori, è soggetto ad umidità, a valutare iniziative comuni per la valorizzazione del luogo, in collegamento con il museo storico italiano della guerra di Rovereto e con la Fondazione internazionale campana dei caduti, in particolare dal 2014, anno in cui iniziano le commemorazioni per il centenario della grande guerra, l'interrogante aveva sempre trovato grande disponibilità;

a quest'incontri, infatti, hanno fatto seguito alcuni interventi di manutenzione straordinaria;

considerato che negli ultimi giorni del suo mandato, il Sottosegretario di Stato per la Presidenza del Consiglio dei ministri *pro tempore* Peluffo, allora responsabile delle iniziative per le commemorazioni del centenario, aveva visitato assieme all'interrogante l'ossario, rimarcando la volontà di una forte collaborazione tra Stato e Provincia. Della stessa istanza era stato investito anche il Sottosegretario *pro tempore* Legnini, succeduto a Peluffo, e la richiesta è stata rinnovata dal Comune di Rovereto all'attuale Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Luca Lotti, in occasione di un recente incontro avvenuto a Roma,

si chiede di sapere se il Presidente del Consiglio dei ministri, considerata l'importanza di valorizzare al massimo le testimonianze della nostra storia e, in particolare, i luoghi che conservano la memoria dei caduti, intenda attivarsi presso l'Onor caduti perché sia valorizzato l'ossario di Castel Dante e sia ampliata, in particolare, la possibilità di accesso da parte dei visitatori delle scuole, dei familiari e di tutti quelli che sono interessati a conoscere e a tenere viva la memoria su alcune delle pagine più dolorose della storia del nostro Paese e dell'intera Europa.

(4-02374)

(24 giugno 2014)

RISPOSTA. - Il sacrario militare di Castel Dante, a Rovereto, è stato realizzato nel 1936, in memoria dei caduti della prima guerra mondiale e custodisce le spoglie di circa 29.000 militari italiani, austro-ungarici e della legione cecoslovacca; la sua proprietà è in capo al Demanio dello Stato-ramo artistico, storico, archeologico, mentre il commissariato generale per le onoranze ai caduti in guerra (Onorcaduti) è titolare del solo diritto d'uso.

Il sacrario è, nel complesso, in buono stato di conservazione, ma necessita di alcuni interventi di manutenzione straordinaria: sistemazione dell'area esterna, dei muri di contenimento in pietra e opere connesse; progettazione ed esecuzione dei lavori di eliminazione delle barriere architettoniche; opere per rimuovere le infiltrazioni da acque meteoriche, a cura e spese della Provincia di Trento che, nell'ottobre 2014, ha presentato il relativo progetto a Onorcaduti per la prevista autorizzazione.

Il commissariato generale ha incluso tali interventi infrastrutturali nell'ambito del progetto "Ignoto Militi: dalla Memoria i valori per il futuro", elaborato nel quadro delle iniziative per la commemorazione del centenario della prima guerra mondiale, quantificando un'esigenza finanziaria pari a circa 545.000 euro. Il progetto è stato condiviso dalla struttura di missione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, che provvede alla progettazione, all'affidamento e all'esecuzione dei singoli lavori. Tuttavia, il 9 gennaio 2014, la struttura di missione ha eliminato dal progetto infrastrut-

turale gli interventi previsti per Castel Dante in quanto la Presidenza del Consiglio dei ministri, nell'ambito delle proprie competenze e considerate le risorse finanziarie rese disponibili dalla legge 27 dicembre 2013, n. 147, nel quinquennio 2014-2018 e conferite alla stessa Presidenza, ha dovuto operare una scelta sulla base di valutazioni di ordine tecnico-economico che hanno portato ad escludere il sacrario militare di Castel Dante tra i luoghi della memoria che necessitano di interventi urgenti per la messa in sicurezza, il restauro e il ripristino del decoro.

Il commissariato generale ha, comunque, valutato la necessità di pianificare, quantomeno, l'esecuzione dei lavori per l'abbattimento delle barriere architettoniche (stimati in circa 190.000 euro e inseriti nel programma degli interventi del triennio 2015-2017) che potranno essere realizzati compatibilmente con le risorse disponibili a bilancio. Peraltro, è intendimento di Onorcaduti riproporre alla struttura di missione i lavori di manutenzione indicati nel progetto, affinché valuti la possibilità di realizzarli nell'ambito dello stanziamento complessivo di 28 milioni di euro previsti per il quinquennio 2014-2018 dalla legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità per il 2014) per la celebrazione del centenario della grande guerra, nel caso in cui vi sia una disponibilità residua.

Castel Dante rappresenta per la collettività in generale, e per il Ministero della difesa in particolare, un patrimonio storico-culturale d'incommensurabile valore e in considerazione di ciò è stato inserito nell'agenda degli eventi inviata alla struttura di missione, quale sacrario di riferimento per il convegno "Guerra, industria e ricerca scientifica", previsto nel primo semestre 2016.

Per quanto concerne "la possibilità di accesso da parte dei visitatori", posto che la problematica appare riconducibile all'apertura nei giorni festivi, si rappresenta che la stessa era stata regolamentata con apposita convenzione, a titolo oneroso per il Dicastero, stipulata tra il commissariato generale e il Comune di Rovereto per gli anni dal 2002 al 2005. In seguito, fino al 2007, con specifico stanziamento di fondi nella disponibilità del commissariato per remunerare il lavoro straordinario, è stato possibile garantire l'apertura del sacrario nei giorni festivi, impiegando personale in servizio presso lo stesso ente; nel 2010, per il solo periodo estivo e a titolo gratuito, è stata stipulata una nuova convenzione con il Comune di Rovereto che per la specifica attività è stato supportato dalle locali associazioni d'arma e/o combattentistiche; tuttavia, nel 2012, l'amministrazione comunale non ha rinnovato tale convenzione.

Il sacrario militare di Castel Dante, dove prestano servizio 3 dipendenti civili del Ministero della difesa (2 addetti alla custodia e il terzo alle mansioni di giardiniere), osserva attualmente il seguente orario di apertura e chiusura: dal martedì al sabato: mattino, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, pomeriggio, dalle ore 14.00 alle ore 16.00; lunedì chiuso; recentemente, è stato firmato un accordo quadro con l'Associazione nazionale alpini che, dal

1° marzo 2015, consente l'apertura del sacrario anche la domenica e nei giorni festivi, dalle ore 09.00 alle ore 17.00.

Onorcaduti, che considera con profonda sensibilità la problematica, continuerà ad avvalersi del contributo offerto dalle associazioni d'arma e combattentistiche, nonché a collaborare con il Comune di Rovereto, affinché si possa individuare, in seguito, una soluzione a carattere permanente che consenta di risolvere definitivamente l'annosa questione e garantire, così, al pubblico la massima fruibilità del sacrario di Castel Dante che rappresenta una parte significativa della memoria storica del nostro Paese.

Il Ministro della difesa

PINOTTI

(21 luglio 2015)

ROMANI Maurizio, MUSSINI, BENCINI. - *Al Ministro della salute*. - Premesso che:

la legge 25 febbraio 1992, n. 210, e le sue successive modificazioni, prevede un sistema di indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati;

nel 2005 è stata dichiarata infondata (Cassazione civile, sezione lavoro, sentenza n. 2467 dell'8 febbraio 2005), in riferimento all'articolo 3 della Costituzione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 2, della legge n. 210 del 1992, nella parte in cui, a differenza dei soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria, non preveda il diritto del soggetto danneggiato a seguito di trasfusione a percepire l'indennizzo sin dal momento dell'entrata in vigore della legge medesima, in quanto la situazione di coloro che hanno riportato lesioni e infermità a causa di vaccinazioni obbligatorie è diversa da quella di chi abbia riportato danni a causa della somministrazione di sangue o di suoi derivati;

con la legge 29 ottobre 2005, n. 229, si sono previste forme aggiuntive di indennizzo in relazione a quelle già previste per la corrispondente categoria di danno riconosciuta dalla legge n. 210 del 1992. In particolare si prevede l'obbligo per i soggetti danneggiati da vaccinazioni già titolari dei benefici di cui alla legge n. 210 del 1992, ed aventi in corso contenzioso giudiziale di qualsiasi ordine e grado, compresa la fase esecutiva, di rinunciare con atto formale alla prosecuzione del giudizio per poter accedere ai benefici della legge n. 229 del 2005;

la meningite meningococcica è una malattia acuta ad esordio improvviso, caratterizzata da febbre, cefalea intensa, rigidità nucale, nausea, vomito e spesso anche esantema. Le infezioni meningococciche sono diffuse in tutto il mondo e l'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera. Pur essendo prevalentemente una malattia che colpisce la prima infanzia, si manifesta spesso in bambini e giovani adulti, e in particolare tra giovani adulti che vivono in condizioni di sovraffollamento, come caserme e comunità chiuse;

la sorveglianza, nella sanità pubblica, rappresenta una delle fasi fondamentali nel controllo di una malattia. La sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione di dati permette di rilevare l'andamento spazio-temporale della malattia e le caratteristiche personali dei soggetti coinvolti allo scopo di permettere la pianificazione sanitaria e di valutare la necessità di interventi preventivi misurandone l'efficacia;

in Italia, dal 1994 le Aziende sanitarie locali e le direzioni ospedaliere segnalano i casi di soggetti ricoverati affetti da sospetta meningite batterica. Scopo di questa sorveglianza speciale è una più puntuale definizione delle caratteristiche epidemiologiche delle meningiti batteriche in Italia, la verifica dell'efficacia e dell'efficienza delle misure di chemiopprofilassi, ove indicate, nonché la possibilità di caratterizzazione dei ceppi batterici dei microrganismi circolanti mediante raccolta presso l'Istituto superiore di sanità (ISS);

considerato che all'inizio del 2015 l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha richiamato il nostro Paese a causa del calo delle vaccinazioni obbligatorie, invitando l'Italia a mantenere coperture elevate per la prevenzione delle epidemie, mentre parallelamente aumenta l'interesse verso nuove tipologie di vaccini, come quello sul meningococco B e su altri cinque ceppi dell'HPV,

si chiede di sapere:

se al Ministro in indirizzo risulti quanti sono i beneficiari degli indennizzi previsti dalla legge n. 210 del 1992, specificando quanti di questi siano stati danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e quanti invece abbiano riportato danni a seguito di emotrasfusioni;

se risulti il numero dei casi di meningite batterica sottoposti a sorveglianza da parte dell'Istituto superiore di Sanità e quanti di questi abbiano ricevuto le vaccinazioni obbligatorie.

(4-03525)

(25 febbraio 2015)

RISPOSTA. - La legge n. 210 del 1992, recante “Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati”, riconosce ai soggetti che a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati hanno riportato danni irreversibili, il diritto a percepire un indennizzo, vitalizio, da parte dello Stato. Tale beneficio è riconosciuto a seguito dell'accertamento, da parte della commissione medica ospedaliera competente per territorio, del nesso causale tra l'infermità e la trasfusione di sangue infetto o la somministrazione di emoderivati infetti o la vaccinazione obbligatoria, nonché dell'ascrivibilità della suddetta infermità ad una delle categorie di cui alla tabella A del decreto del Presidente della Repubblica n. 834 del 1981.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 maggio 2000, le funzioni e le risorse in materia di indennizzo sono state trasferite alle Regioni a decorrere dal 2001. Pertanto, il Ministero gestisce in via amministrativa circa 9.000 indennizzi, comprensivi delle posizioni antecedenti al trasferimento di funzioni e degli indennizzi riconosciuti ai residenti della Regione Siciliana, che ancora non ha acquisito le competenze in materia, mentre le Regioni gestiscono complessivamente oltre 16.000 indennizzi.

L'art. 1, comma 1, della legge n. 229 del 2005 ha previsto la corresponsione di un ulteriore indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie che già beneficiano dell'indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992. Il Ministero è competente all'erogazione di tale ulteriore beneficio, per i residenti in tutto il territorio nazionale. Ad oggi, i soggetti a cui è stato riconosciuto l'indennizzo aggiuntivo di cui alla legge n. 229 sono 631.

L'Istituto superiore della sanità ha inteso ricordare che la legge n. 210 del 1992 venne emanata in un'epoca in cui era utilizzato il vaccino antipoliomielite orale a virus vivi attenuati (tipo Sabin), utilizzato con successo per raggiungere lo stato “polio-free” del nostro Paese e di tutta la regione europea. Durante l'uso esteso di tale vaccino, tuttavia, risultò che per ogni milione di dosi somministrate, si registrava un caso di paralisi flaccida dovuta ad una reversione alla neurovirulenza dei virus attenuati presenti nel vaccino. Tale effetto poteva anche verificarsi tra i contatti dei soggetti vaccinati, che potevano essere infettati dai virus del vaccino. In condizioni di persistenza del rischio di acquisire la poliomielite, il rapporto tra rischio e beneficio era considerato favorevole, ma quando il numero di casi di poliomielite diminuì, il rischio di paralisi da virus vaccinale fu considerato inaccettabile, e il vaccino tipo Sabin fu sostituito, in Italia, con il vaccino a virus uccisi, che non comporta tale rischio.

In analogia con le richieste di indennizzo da esposizioni professionali (per le quali esistono delle tabelle che, basate sui dati di letteratura scientifica, stimano il rischio di evento avverso e tipo di occupazione ad uso delle commissioni medico-legali) la plausibilità dell'associazione causale tra una determinata vaccinazione ed un evento severo andrebbe valutata secondo criteri comuni e obiettivi. Allo stato attuale, non esiste alcuna evidenza scientifica che permetta di identificare una vaccinazione obbligatoria in Italia come causa di eventi avversi che comportino una menomazione permanente o un decesso del vaccinato.

Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia, in Italia sono 4: contro la difterite, il tetano, la poliomielite, l'epatite virale B.

In Veneto, una legge regionale del 2007 ha sospeso l'obbligo di vaccinazione, ed in molte altre Regioni il mancato rispetto dell'obbligo è stato desanzionato.

Per quanto riguarda le malattie batteriche invasive (meningiti e sepsi o batteremie), si tratta di quadri clinici severi, anche fatali, dovuti a diversi patogeni.

L'Istituto superiore della sanità coordina un sistema di sorveglianza nazionale, attualmente supportato finanziariamente dal Ministero.

I patogeni più frequenti e per i quali sono disponibili vaccini per l'infanzia sono: *Neisseria meningitidis* (meningococco), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) e *Haemophilus influenzae* (emofilo). I vaccini antimeningococco non sono obbligatori. I vaccini disponibili sono il vaccino polisaccaridico coniugato contro il sierogruppo C (previsto attualmente nel calendario vaccinale in Italia), il vaccino polisaccaridico coniugato contro i sierogruppi A, C, Y e W ed il vaccino proteico contro il sierogruppo B. Nessuno dei vaccini contro le malattie batteriche invasive (tra cui le meningiti) rientra nell'attuale calendario vaccinale come vaccinazione obbligatoria: il vaccino contro l'emofilo b, lo pneumococco e il meningococco C sono inclusi nel calendario vaccinale del piano nazionale vaccinazioni del 2010, come vaccinazioni raccomandate, sia nei soggetti sani sia nei soggetti ad alto rischio.

Alcune Regioni hanno introdotto nell'offerta di vaccinazione anche il vaccino contro il meningococco B di recente registrazione.

La sorveglianza delle malattie batteriche invasive registra, per ogni paziente, solo lo stato vaccinale relativo al vaccino contro lo stesso agente patogeno che ha causato la malattia. Lo scopo della raccolta di tale informazione è quello di acquisire elementi utili per valutare l'efficacia del vaccino, attraverso la rilevazione di eventuali fallimenti vaccinali. Non è quindi possibile rispondere alla domanda circa la quantità di casi di menin-

gite o malattia batterica invasiva vaccinati con vaccini obbligatori (poliomielite, tetano, difterite, epatite B).

Inoltre, non vi è alcuna relazione tra il quadro clinico di meningite o malattia invasiva da pneumococco, meningococco ed emofilo e la vaccinazione con gli altri vaccini obbligatori. Relativamente al numero di casi di meningite registrati nel *database*, si riportano nella allegata tabella 1 i dati consolidati relativi al 2013, rimandando per maggiori dettagli, all'indirizzo *web* dell'Istituto superiore della sanità "mabi/index.php?langl&id=5&tipo=16" che contiene anche i dati parziali relativi al 2014.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(15 luglio 2015)

SCILIPOTI ISGRO'. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

al fine di rafforzare il mercato interno e di promuovere la libera circolazione dei professionisti, negli Stati membri europei si è provveduto alla semplificazione del riconoscimento dei titoli professionali per garantire ad ogni cittadino europeo il diritto e la libertà di svolgere la propria professione così come espletata nel Paese di origine;

la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, prevede: un riconoscimento automatico per determinate professioni sulla base di requisiti minimi di formazione armonizzati (professioni settoriali), un sistema generale di riconoscimento dei titoli legati alla formazione, un riconoscimento automatico dell'esperienza professionale;

evidenziato che:

qualora si sia pienamente qualificati nello Stato membro di origine ad esercitare la professione per la quale si richiede il riconoscimento delle qualifiche nello Stato membro ospitante, le qualifiche professionali sono soggette a riconoscimento;

per quanto riguarda la professione medica le specializzazioni devono rientrare in quelle presenti nell'Allegato V della direttiva 2005/36/CE, che consentono l'esercizio automatico della propria attività ai medici che intendono stabilirsi in uno degli Stati membri. Questo significa che un medico specialista in cardiologia in Italia può svolgere l'attività in un altro Paese

membro dell'Unione, in quanto la cardiologia è una delle specialità presenti nel citato Allegato;

tra le specialità mediche indicate nell'Allegato non è presente quella della medicina legale;

un ulteriore aspetto penalizzante per i medici legali riguarda l'attività che svolgono come medici competenti per la medicina del lavoro. Più precisamente, l'articolo 1-*bis*, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" (convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2002, n. 1) ha individuato i medici legali, insieme agli specialisti in igiene, tra quelli in possesso delle conoscenze necessarie e sufficienti per esercitare l'attività di medico del lavoro nelle aziende pubbliche e private. L'esigenza legislativa discendeva dalla necessità di sopperire all'esiguo numero di medici specialisti in medicina del lavoro presenti sul territorio nazionale;

"medico competente" o "medico del lavoro" individua in Italia lo svolgimento della medesima attività medica specialistica: tuttavia, anche in questo caso la figura del medico competente non è riconosciuta nei Paesi dell'Unione europea,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno introdurre la disciplina del medico legale nell'elenco delle specializzazioni, di cui all'Allegato V della direttiva 2005/36/CE, e nel caso, quali iniziative intenda porre in essere;

se intenda attivarsi per certificare l'equipollenza del titolo di medico competente con quello di medico del lavoro, laddove richiesto dai medici che intendono stabilirsi in uno dei Paesi della UE;

se intenda procedere all'abolizione dell'obbligo, da parte dei medici che hanno conseguito la specializzazione in medicina legale nel decennio 1982/1991, del conseguimento degli ECM (educazione continua in medicina) previsti per esercitare l'attività di medico competente, pena la cancellazione dagli elenchi presso lo stesso Ministero;

se ritenga, altresì, opportuno uniformare le competenze e come si possa garantire una preparazione omogenea tra i vari Stati al fine di tutelare i pazienti.

(4-04019)

(21 maggio 2015)

RISPOSTA. - Il possesso del titolo di specializzazione in medicina legale, secondo quanto previsto dall'art. 38, comma 2, del decreto legislativo n. 81 del 2008, non è di per sé elemento sufficiente per poter svolgere, nel nostro Paese, le funzioni di medico competente, in quanto è altresì necessario il conseguimento di un *master* abilitante di secondo livello, riservato agli specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, che intendano svolgere le funzioni di medico competente.

Relativamente all'eventuale valutazione dell'ipotesi dell'abolizione dell'obbligo della partecipazione al programma triennale ECM (di educazione continua in medicina), quale indispensabile requisito per lo svolgimento delle funzioni di medico competente e conseguentemente per la permanenza nel relativo elenco nazionale tenuto dal Ministero, si sottolinea la circostanza che l'obbligo dell'aggiornamento continuo ECM opera nei confronti di tutte le figure professionali sanitarie, indipendentemente se svolgano o meno l'attività di medico competente.

In merito all'opportunità di introdurre la specializzazione in medicina legale nell'ambito di quelle elencate nell'allegato 5 della direttiva 2005/36/CE, si fa presente quanto segue.

Ai sensi della normativa comunitaria, occorre ricordare che l'automatico riconoscimento dei titoli di specializzazione tra Stati membri si fonda sull'impegno degli Stati a garantire il rispetto dei requisiti minimi di formazione determinati in sede comunitaria. In sintesi, la decisione assunta in ambito europeo si fonda sul presupposto che i titoli di specializzazione presenti nell'allegato 5.1.3 presentino requisiti minimi di formazione comuni a tutti gli Stati membri. Tale principio è stato confermato anche nella successiva direttiva 2013/55/CE, sebbene ancora in fase di recepimento.

Alla luce di quanto ora illustrato, ai sensi di quanto indicato nell'art. 26 della direttiva 2005/36/CE, affinché una specializzazione possa essere inserita nell'allegato 5.1.3, essa deve essere presente nei 2 quinti degli Stati membri.

Ad oggi, la specializzazione in medicina legale, già attivata in Italia per effetto dell'entrata in vigore del decreto ministeriale 30 ottobre 1993, ed inserita nell'elenco delle scuole di specializzazione confermate, per le obiettive esigenze del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 257 del 1991, non è mai stata inserita nell'allegato a causa delle caratteristiche peculiari che essa presenta, rispetto alla normale attività assistenziale riscontrata nelle altre specializzazioni mediche. Infatti, i settori della medicina legale, attinenti agli ambiti della medicina forense, con ciò intendendo tutti gli aspetti relativi alle questioni giuridiche, nonché a quelle assicurative, in quanto "Stato-specifici" non consentono di soddi-

sfare i requisiti minimi comuni a 2 o più Stati membri, e non permettono l'inserimento della specializzazione nell'elenco di cui all'allegato 5.1.3.

Ciò non toglie, tuttavia, che, se pure ai medici specialisti in medicina legale non viene applicato il riconoscimento automatico del proprio titolo, essi non possono comunque avvalersi del "sistema generale" di cui all'art. 10 della direttiva 2005/36/CE, in base al quale gli Stati membri, presso i quali è presente la stessa specializzazione, possono riconoscere il titolo di un professionista dello Stato membro, applicando misure di compensazione, laddove le 2 formazioni siano simili, sebbene non perfettamente sovrapponibili.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(15 luglio 2015)

SIMEONI, MOLINARI, BIGNAMI, DE PIN, GAMBARO, ROMANI Maurizio, CASALETTO, BOCCHINO, PEPE, DE PIETRO, BENCINI, MASTRANGELI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

l'AIDS è una malattia virale priva tuttora di cure e vaccino definitivi che siano in grado di debellare la malattia;

esistono però terapie a base di farmaci antiretrovirali che consentono di allungare il tempo di vita dei soggetti infetti;

dalla disponibilità di tali terapie, che non hanno una omogeneità di distribuzione geografica nel mondo, a causa dei diversi livelli di sviluppo dei sistemi sanitari e dei sistemi economici, dipende anche il tasso di mortalità da AIDS nella popolazione di un dato Paese;

nel nostro Paese la mortalità è passata dal 100 per cento degli anni '80, anni in cui per la prima volta si cominciò a parlare di AIDS, al 5,7 per cento di oggi come testimonia l'Istituto superiore di Sanità (ISS);

a fronte di questa notizia positiva, secondo i dati messi a disposizione dall'ISS, se ne aggiunge una seconda di tenore negativo: "Nel 2013 continua a crescere la quota di nuove diagnosi attribuibili a rapporti sessuali non protetti che costituiscono l'83,9 per cento di tutte le segnalazioni (eterosessuali 44,5 per cento; *men who have sex with men*, Msm 39,4 per cento). Inoltre, il 24 per cento delle persone diagnosticate come Hiv positive è di nazionalità straniera. L'incidenza è di 4,9 nuovi casi di Hiv per 100.000 italiani residenti e 19,7 nuovi casi di infezione da Hiv per 100.000 stranieri re-

sidenti. Tra gli stranieri, l'incidenza dell'Hiv è più elevata in Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna. Tra gli stranieri, la quota maggiore di casi è costituita da eterosessuali donne (38,3 per cento)";

l'aumento dei nuovi casi di infezione, accoppiato alla sola possibilità per gli infetti di usare a vita farmaci antiretrovirali, fa presagire, in mancanza di un'inversione di *trend* per i contagi, un aumento dei costi sociali e sanitari per il nostro Paese. Soprattutto costi economici sotto la voce di spesa farmaceutica, se si tiene conto che i farmaci antiretrovirali vanno assunti con continuità nel corso della vita dell'individuo;

considerato inoltre che:

la prevenzione viene riconosciuta importante anche nel Patto per la Salute stipulato in sede di accordo Stato - Regioni, tanto da essere disposto un apposito piano nazionale della prevenzione;

il Lazio è tra le regioni in cui si ha un aumento dei contagi da HIV, in particolare, la spesa sanitaria *pro capite* risulta addirittura al di sopra della media nazionale, mentre la spesa media *pro capite* per i dipartimenti afferenti all'area della prevenzione è inferiore a quella nazionale, sulla base delle analisi svolta dalla rivista di Sanità PANORAMA della SANITÀ, n° 6 del febbraio 2014 nell'articolo "*spending review* e prevenzione nel Lazio";

un recente articolo di stampa ("Giornale di Latina" di lunedì 4 maggio 2015) mette in Luce la situazione preoccupante dei contagi da HIV in provincia di Latina, che seguendo il *trend* regionale non accennano a diminuire;

se si osservano i dati forniti dalla stessa dirigenza della ASL di Latina, nella redazione dell'ultimo atto aziendale, i dati relativi all'analisi della popolazione della Provincia mostrano una popolazione con un'età media più bassa delle altre province del Lazio, quindi più giovane, ma grazie soprattutto all'apporto della popolazione migrante;

questo dato di grossa presenza di immigrati e giovani è coerente con l'analisi dell'ISS sulla popolazione maggiormente soggetta a rischio di contagio insieme ai giovani maschi omosessuali. In particolare per Latina l'emergenza, quale fattore con effetto "amplificante", è l'insorgenza e la diffusione della malattia venerea della Sifilide come fattore "propizio" e "moltiplicatore" per le probabilità di contrarre l'AIDS attraverso rapporti sessuali;

tenuto conto che a quanto risulta agli interroganti:

la composizione della popolazione della Provincia di Latina mostra una chiara componente potenziale tale da diventare focolaio di infezione e trasmissione dell'AIDS e della sifilide;

la ASL Latina ha la più alta spesa farmaceutica tra le ASL della Regione Lazio;

gli investimenti economici in prevenzione ed informazione sono al di sotto di quella che dovrebbe essere la spesa media nazionale e raccomandata,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza del quadro esposto;

se e quali provvedimenti ad effetto immediato intenda adottare, oltre al piano nazionale per la prevenzione, al fine di arginare l'aumento dei nuovi contagi da HIV e favorire l'investimento in prevenzione a fronte dell'aumento anche della spesa farmaceutica.

(4-03956)

(13 maggio 2015)

RISPOSTA. - Nella consapevolezza che l'infezione da HIV/AIDS costituisce un problema prioritario di sanità pubblica, il Ministero, sin dalla comparsa dell'infezione da HIV/AIDS, ha promosso iniziative per la prevenzione, la ricerca, la diagnosi, il trattamento e la comunicazione ai cittadini, connesse a tale patologia, nonché per l'assistenza, la formazione, il sostegno alle associazioni e per la tutela dei diritti delle persone con HIV/AIDS. Tali iniziative sono condotte con il supporto della commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA), istituita nel 1987, e della consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS (CAA), attiva dal 1991.

Riguardo allo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV/AIDS, il Ministero ottempera annualmente all'impegno di riferire al Parlamento, come previsto dall'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135. La legge stabilisce, tra l'altro, un piano di interventi contro l'AIDS predisposto dalla CNA.

Negli anni, le politiche specifiche di prevenzione e di intervento a vantaggio delle popolazioni colpite sono state modulate in relazione al mutare dell'andamento epidemiologico della malattia e del suo decorso clinico. L'Italia è tra i primi Paesi ad aver risposto concretamente alle richieste giunte dall'Unione europea sulle politiche per la diagnosi precoce, stilando un

“Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV”, che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2011. Una versione aggiornata del documento è stata estesa durante una conferenza nazionale di consenso, tenutasi nell’aprile 2012. È stato quindi predisposto un documento di indirizzo sull’accesso, le strategie di offerta attiva e le modalità di gestione ed esecuzione del *test* per la diagnosi dell’infezione da HIV, scaturito dalle evidenze emerse durante la conferenza di consenso del 2012.

La realizzazione, da parte delle Regioni, di programmi sulla diagnosi di infezione da HIV/AIDS è stata inserita nel 2012 tra gli obiettivi di piano sanitario nazionale per l’assegnazione di quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi stessi. Il 22 novembre 2012 è stato siglato l’accordo tra Stato, Regioni e Province autonome, che individua le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2012, e tra queste linee rientra la diagnosi di infezione da HIV/AIDS.

Nei Paesi occidentali, i successi terapeutici contro l’AIDS sono in gran parte dovuti ai risultati ottenuti dalla ricerca scientifica, che ha consentito di individuare farmaci dotati di potente attività antivirale. Occorre tuttavia tenere ben presente che le attuali strategie terapeutiche non consentono la guarigione dall’infezione, ma permettono di tenerla sotto controllo.

Nel 2010, su mandato del Ministero della salute al centro nazionale AIDS dell’Istituto superiore della sanità, è stato attivato l’HIV/AIDS Italian expert panel composto da membri della CNA e della CAA, da esperti individuati dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT) e da esperti del Ministero, nonché dal direttore generale dell’Agenzia italiana del farmaco (Aifa), per fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale e per la gestione dei pazienti HIV-positivi agli infettivologi e agli altri medici specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente in trattamento, nonché per fornire un solido punto di riferimento per le associazioni di pazienti e per tutti gli attori coinvolti nella problematica a diverso titolo.

Il progetto si è reso concreto in 5 edizioni, dal 2010 al 2014, ritenute necessarie vista l’evoluzione della materia: l’aggiornamento annuale è stato rispettato in modo rigoroso, in linea con i migliori esempi a livello internazionale.

Il Ministero, inoltre, pianifica ogni anno una campagna di comunicazione, integrata in base alle indicazioni generali formulate dalla CNA e CAA e dalle associazioni per la lotta all’AIDS che portano avanti, da anni, interventi diretti a vantaggio dei soggetti con comportamenti a rischio.

Per quanto riguarda la Regione Lazio, si precisa che è una delle Regioni con molti casi “importati”, in termini assistenziali, da altre Regioni.

Nel 2013, secondo il bollettino del centro operativo AIDS dell’Istituto superiore della sanità, l’incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era pari a 6 nuovi casi per 100.000 residenti. L’incidenza più bassa è stata osservata in Calabria e quella più alta nel Lazio. È opportuno precisare, tuttavia, che il numero delle segnalazioni può subire delle variazioni, dovute al recupero di diagnosi di anni precedenti, e questo fenomeno può essere particolarmente accentuato per ogni singola Regione.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(15 luglio 2015)
