



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 8

N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA

186^a seduta: mercoledì 10 dicembre 2014

Presidenza della presidente DE BIASI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE 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

– (Tabelle 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

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 3, 9, 16 e *passim*
 ANITORI (*Misto*) 25, 32
 BIANCO (*PD*), relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità 16, 26, 27 e *passim*
 D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*) 30, 31, 32

DE FILIPPO, sottosegretario di Stato per la salute Pag. 20, 27, 28 e *passim*
 DIRINDIN (*PD*) 4, 32
 FLORIS (*FI-PdL XVII*) 14
 * FUCKSIA (*M5S*) 13, 14, 26
 GRANAIOLO (*PD*) 25
 ICHINO (*SCpI*) 26
 PADUA (*PD*) 26
 RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*) 7, 26
 ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*) 25
 ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*) 26, 32
 SCAVONE (*GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI)*) 26
 SILVESTRO (*PD*) 26
 SIMEONI (*M5S*) 14
 * TAVERNA (*M5S*) 25, 26, 32
 * VALDINOSI (*PD*) 11, 13, 26
 VICECONTE (*NCD*) 25, 32
 ZUFFADA (*FI-PdL XVII*) 27, 28, 32
 ALLEGATO (contiene i testi di seduta) 34

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Segle dei Gruppi parlamentari: Area Popolare: AP (*NCD-UDC*); 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*; 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*.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

I lavori hanno inizio alle ore 12,10.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1699 e 1699-bis) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-201 e relativa Nota di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 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

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca per il rapporto alla 5^a Commissione il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge nn. 1699 e 1699-bis (tabelle 4 e 4-bis) e 1698, già approvati dalla Camera dei deputati, sospeso nella seduta di ieri nel corso della quale aveva avuto inizio la discussione generale.

Comunico che, anche nel corso dei lavori odierni, il Governo sarà rappresentato dal sottosegretario De Filippo, cui rivolgo un saluto ed un ringraziamento, essendo il Ministro della salute impegnato in concomitanti e non rinviabili attività istituzionali.

Al termine della discussione odierna, il relatore ed il rappresentante del Governo potranno, nell'ordine, svolgere le loro repliche. Sarà disposta quindi una sospensione della seduta, che riprenderà alle ore 16, per consentire al relatore di redigere lo schema di rapporto, in conformità con le indicazioni del dibattito. Alla ripresa dei lavori, si procederà all'esame degli ordini del giorno e degli schemi di rapporto. Faccio presente che sono stati presentati 18 ordini del giorno, uno relativo al disegno di legge di bilancio ed i restanti al disegno di legge di stabilità, che saranno pubblicati in allegato al Resoconto ed i cui testi sono tuttavia già disponibili in Aula per la consultazione.

È stato inoltre presentato uno schema di rapporto non favorevole sui documenti di bilancio, a firma della senatrice Taverna e altri. Ricordo sin d'ora che, qualora sia in seguito approvato lo schema di rapporto predisposto dal relatore, che verrà esaminato per primo, le proposte alternative di rapporto non potranno essere poste in votazione, ma verranno trasmesse alla Commissione bilancio quali rapporti di minoranza, come da regolamento.

Riprendiamo quindi la discussione generale.

DIRINDIN (PD). Signora Presidente, nel tentativo di essere per quanto possibile sintetica, premetto che mi soffermerò su quattro punti in particolare, attinenti a temi trattati solo in parte nel provvedimento di cui stiamo discutendo, ma sappiamo che su alcuni di essi il Governo sta lavorando.

Non mi soffermerò sulle questioni di carattere generale, nell'intenzione di ribadire invece quanto è stato più volte sottolineato in questa Commissione dal nostro Gruppo – credo d'accordo con gli altri – ossia l'assenza di una strategia che affronti i veri problemi che il Servizio sanitario nazionale sta incontrando in questo momento. Il primo è la difficoltà degli operatori, oberati da vincoli imposti da anni alle aziende sanitarie, che li costringono a lavorare in modo sempre più complicato. Ovviamente vi sono ancora razionalizzazioni del personale da fare, che però non vengono prese in considerazione; quindi il primo punto su cui vorrei soffermarmi è proprio questo.

Abbiamo presentato emendamenti in materia – i quali, fra l'altro, riprendono temi sui quali avevamo discusso con i Ministeri della salute, dell'economia e della funzione pubblica l'anno scorso – che, dopo aver migliorato, a nostro giudizio, abbiamo ripresentato quest'anno, nella convinzione che in questo momento debba essere dato un segnale ai tanti operatori della sanità sovraccaricati dalle grandi restrizioni (e forse andrebbe dato loro qualcosa di più, ma almeno intanto abbiamo provato a fare questo).

Abbiamo dunque presentato tre emendamenti, che cito solo rapidissimamente, poiché non vi è alcun provvedimento, se non la proroga fino al 2020 del blocco della spesa per il personale, che era stata prevista in precedenza. Come tutti sappiamo, nel 2006 si decise che la spesa per il personale dipendente non avrebbe dovuto essere superiore a quella del 2004, con una riduzione dell'1,4 per cento. Questa previsione viene ora prorogata fino al 2020: vuol dire che nel 2020 avremo una spesa per il personale strutturato inferiore dell'1,4 per cento rispetto a quella del 2004. È veramente impensabile che un sistema che vuole restare tale, a meno che non si voglia distruggerlo, possa sopportare un provvedimento di tale tenore.

Abbiamo previsto allora almeno qualche intervento, il primo dei quali è stato pensato per gli operatori che lavorano sulle 24 ore (in pronto soccorso, in rianimazione o nei centri trapianti), ai quali va riconosciuta qualche deroga ai vincoli che valgono per tutto il resto del personale: chiediamo dunque un riconoscimento sul trattamento accessorio.

Il secondo intervento riguarda un tema che abbiamo discusso anche l'anno scorso, la «staffetta intergenerazionale», cui credo la collega Silvestro abbia già fatto cenno, perché concerne le professioni sanitarie e in particolare gli infermieri.

L'emendamento che abbiamo proposto quest'anno costituisce un tentativo più qualificato rispetto a quello che presentammo l'anno scorso, con particolare riferimento al terzo intervento, volto ad evitare che si continui a ricorrere al personale interinale o comunque acquisito a vario titolo at-

traverso varie modalità, in sostituzione di quello strutturato, di cui c'è bisogno. Questo accade semplicemente perché la spesa per il personale dipendente è bloccata, mentre quella per l'acquisto di personale attraverso varie modalità – dai lavoratori interinali al lavoro flessibile e perfino alle cooperative – per servizi sanitari non è bloccata. L'anno scorso abbiamo fatto tanta fatica per discutere di questo con il Governo e ci è stato detto che i tempi erano prematuri, ma che ci si sarebbe lavorato, dunque speriamo sia la volta buona.

Il primo tema era dunque relativo al personale, mentre il secondo all'Istituto Superiore di sanità, che sappiamo essere uno degli enti sui quali il Governo sta lavorando, per rivederne complessivamente funzioni e organizzazione. Dalle informazioni e dai numeri in nostro possesso, però, abbiamo la certezza che l'Istituto rischia di non poter più svolgere quelle funzioni di centro di ricerca, sperimentazione ed approfondimento che ha svolto in questi anni e qualche volta, come sappiamo, anche in maniera non così soddisfacente. È capitato anche a questa Commissione di vedere che qualche area non è così all'altezza delle esigenze esistenti, ma nella stragrande maggioranza dei casi esso svolge un ruolo importantissimo a favore del sistema sanitario di questo Paese, ma lavora con più della metà del personale precario: su questo punto, bisogna dunque intervenire lungo due direttrici.

In primo luogo, occorre prevedere forme di stabilizzazione del personale precario, ovviamente nei limiti dei requisiti normalmente richiesti dalla normativa, già da parecchio tempo, e su questo punto abbiamo proposto emendamenti.

In secondo luogo, bisogna prevedere un potenziamento del finanziamento, dato che invece è stato più che dimezzato anche il fondo ordinario che viene erogato all'Istituto superiore di sanità. Non vorremmo si pensasse che si possa finanziare con la provvista fondi partecipando solo ai bandi di ricerca, perché le sue funzioni istituzionali devono essere svolte a prescindere dai finanziamenti che possono pervenire in maniera estemporanea, più o meno regolare, dai vari fondi di ricerca che permarranno, ma che certamente non possono esserne la principale fonte.

In terzo luogo, vi sono piccole modifiche all'emendamento su Ebola, che sono sfuggite. Sul punto, vediamo sempre di più che sfugge qualcosa, perché si fa riferimento al personale che può partecipare soltanto nei Paesi dell'Africa in cui adesso vi è il *virus*: se si spostano oltre i loro confini, non possono più operare, quindi abbiamo presentato piccole modifiche.

Mi soffermo infine qualche minuto in più sulla questione relativa all'epatite C. Poiché le agenzie di stampa di ieri sera mi hanno preoccupato molto, proverò a dire quali sono i temi sui quali, a mio giudizio, da parte del Governo non vi è sufficiente attenzione, premettendo che abbiamo presentato due emendamenti.

La prima questione concerne le politiche di negoziazione del prezzo. In tante occasioni era stato fatto riferimento alla necessità che ci fosse una negoziazione sovranazionale. Non è pensabile che, in momenti in cui noi centralizziamo gli acquisti all'interno del Paese, andiamo alla negocia-

zione europea ognuno per conto proprio; anzi, peggio ancora, ognuno cercando di ottenere vantaggi che poi rischiano di andare a carico degli altri Paesi. Nel merito, abbiamo perso l'occasione del semestre europeo per proporre una negoziazione europea. Abbiamo fatto la negoziazione italiana che attualmente è segretata, cosa che reputo grave: in tempi di trasparenza non ci sono ragioni che giustifichino il non rendere pubblica la negoziazione di una partita per di più così importante. Chiedo, quindi, al Governo di giustificare perché la teniamo segretata, che è esattamente l'opposto rispetto ad una negoziazione comune tra i diversi Paesi.

La seconda questione, come ho detto, concerne la trasparenza, mentre la terza investe il fabbisogno finanziario.

Quello che è emerso ieri sera dalle agenzie, che per due anni in via sperimentale si finanzierebbero 1,5 miliardi, mi sembra – alla luce delle poche informazioni che abbiamo, ma anche dalle informazioni che abbiamo raccolto nelle diverse Regioni – un finanziamento eccessivo rispetto al vero fabbisogno. Tra l'altro, il farmaco è stato negoziato come farmaco che va all'interno del tetto della territoriale, il quale è ancora capiente per qualche centinaio di milioni rispetto alla capacità che hanno avuto parte delle Regioni di razionalizzare le spesa farmaceutica. Ciò vuol dire che almeno per il prossimo anno c'è capienza; quindi, non c'è bisogno di tutto il finanziamento, che comunque per un anno sembrerebbe essere di 500 e non di 750 milioni (che, a quanto ci risulta, sono per 18 mesi). Soprattutto, manca una strategia politica sui farmaci innovativi, perché noi non possiamo continuare ad affrontare l'emissione in commercio di ogni singolo farmaco indipendentemente da quello che nei prossimi anni avverrà sui farmaci innovativi. Chiedo, allora, che il Governo, con l'aiuto dell'AIFA, metta in atto una strategia, perché non possiamo investire risorse ogni volta che esce un nuovo farmaco senza avere un quadro sistematico di come vogliamo affrontare queste questioni.

Ciò che è emerso ieri sera dalle agenzie, anche a nome del Ministro, se ho capito bene è che si istituirebbe un fondo per il nuovo farmaco miracoloso per l'epatite C. Questo comporta un altro problema: dal momento che stanno uscendo altri farmaci per l'epatite C, tra l'altro di aziende concorrenti, sarebbe grave se noi facessimo un finanziamento solo per quel farmaco e non dicessimo invece che vogliamo che i diversi produttori si mettano in competizione tra di loro, come accade per qualunque altro acquisto facciamo nella pubblica amministrazione. Infatti, sappiamo ci sono almeno altri due farmaci che stanno per essere presi in considerazione, sempre per l'epatite C, prodotti da altre imprese.

Mentre l'AIFA ha lavorato molto bene nel Comitato tecnico-scientifico per definire i criteri di accesso al farmaco per le persone che ne hanno più urgenza, quello che manca sono indicazioni, linee-guida che possano consentire l'accesso al farmaco nelle Regioni in maniera non disordinata, episodica, sulla base delle capacità delle singole Regioni di regolamentare ma sulla base di direttive nazionali e anche questo, nel momento in cui si mettono tanti soldi, bisogna che sia fatto assolutamente con una certa urgenza.

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, per quanto riguarda la competenza di questa Commissione sulla legge di stabilità, sicuramente possiamo evidenziare alcune iniziative positive, come ad esempio, il fondo per le non autosufficienze a 400 milioni. Lo definisco sicuramente «positivo», visto l'impatto mediatico di quando si supposeva che fosse azzerato o ridotto. Sappiamo che le risorse non sono sufficienti, però il fondo non è stato soppresso e opportunamente, mediaticamente, è stato aumentato. Certamente, ci sono tagli mediaticamente di gran lunga peggiori, ma non avranno per ora questa risonanza. E positivo anche il fondo per la ludopatia, anche questo molto utile al livello mediatico.

Sappiamo quanto interesse e impegno abbiamo messo in Commissione per questo progetto di legge e certamente sarebbe doveroso anche dare più spazio a i rischi insiti nella ludopatia, ma si vedrà in seguito.

Per quanto riguarda il fondo per il farmaco per l'epatite C, condivido molte preoccupazioni espresse dalla senatrice Dirindin: è già molto importante comunque che si sia cercato di reperire i fondi; bisognerà vedere in base a quali criteri saranno distribuiti, ovvero quali saranno i criteri di appropriatezza prescrittiva dettati al livello europeo e internazionale.

È positiva la quota vincolata per la medicina penitenziaria; speriamo che non faccia la fine di un'altra quota, che non si sa bene dove sia sparita negli anni scorsi, dedicata alla medicina penitenziaria e al superamento degli OPG.

Concordo e trovo positiva, pur con tutte le perplessità espresse ieri in discussione generale, la decadenza dei direttori sanitari per mancato conseguimento degli obiettivi. Certamente sappiamo che in un momento di riduzione di *budget* è facile anche non conseguire gli obiettivi, ma sappiamo anche che potrebbe essere una prima spinta per una responsabilizzazione, una razionalizzazione ed un'ottimizzazione delle risorse.

Mi sembra poi di trovare un accenno al comma 256 dell'articolo 2 per quanto riguarda la classificazione dei dispositivi medici. Speriamo che dopo anni e anni che si chiede al Ministero di aggiornare la nomenclatura si possa finalmente arrivare a farlo. Sono stati presentati emendamenti nel merito e mi auguro che questo sia un motivo importante di trovare risorse perché siamo consapevoli di quanti sprechi ci sono in questo campo con dispositivi protesici medici obsoleti, mentre c'è una forte necessità di aggiornare la nomenclatura su cose decisamente più utili ai cittadini.

Per quanto riguarda i 3 milioni di euro per il finanziamento dello Spallanzani, certamente c'è un centro di eccellenza europeo chiuso, che si dovrà pensare di far funzionare. Bisogna però fare attenzione a non farlo rimanere una cattedrale nel deserto, perché prima di pensare ad un *hub* europeo per l'ebola dobbiamo pensare a casi che devono essere identificati precedentemente; quindi sarebbe molto importante un percorso integrato, perché altrimenti – ripeto – avere un'efficientissima cattedrale nel deserto può solo mettere a rischio tutti. Magari, gli infermieri di Tivoli non sanno cosa hanno tra le mani; il tempo di arrivare allo Spallanzani e l'epidemia è già diffusa.

Ho molte perplessità – e mi piacerebbe poter avere maggiori informazioni a questo proposito – rispetto alle misure per il sostegno alle famiglie, all'incremento della carta acquisti, all'assistenza alle famiglie con bambini con un indicatore ISEE non superiore a 8.500 euro: mi piacerebbe che in questo ci fosse un'appropriatezza nell'allocazione delle risorse per non avere cittadini di serie A e cittadini di serie B. Non ne voglio fare un principio leghista rispetto al fatto che i soldi vadano solo agli extracomunitari, ma desidererei che fossero distribuiti ampiamente sulle famiglie. Si parla della decrescita della natalità in Italia, ma se poi diamo sempre i soldi a chi è sostenuto dallo Stato per fare figli che poi diventeranno cittadini italiani mi sembra una politica sociale distorta.

Un elemento che mi ha colpita tra le tabelle è la riduzione del fondo per la ricerca sanitaria: lo trovo inaccettabile perché investire in ricerca, in una maniera adeguatamente distribuita secondo i meriti, è molto utile per il futuro del nostro sistema sanitario nazionale.

Trovo pericolosa la riduzione del Fondo per il Centro nazionale del controllo e la prevenzione delle malattie infettive presso il Ministero. Con riferimento all'ottimizzazione delle disponibilità, basti pensare soltanto che non viene considerata l'Aids, in crescita esponenziale nel nostro Paese, soprattutto tra gli adolescenti: non c'è un grido d'allarme perché si pensa che ormai la malattia sia debellata; si potrebbero fare anche alcune considerazioni, alla luce degli studi effettuati, ma il tema esulerebbe da questa discussione. Ciò che mi preoccupa fortemente è l'ennesima riduzione della spesa farmacologica che, anche secondo le dichiarazioni di Chiamparino ieri, è pari ad 1 miliardo per la farmaceutica ospedaliera territoriale. Se mettiamo in relazione questo a varie patologie come il diabete, che conta 6 milioni di casi in Italia con una crescita esponenziale, ci rendiamo conto del valore che possono avere, secondo percorsi terapeutici riconosciuti, i farmaci innovativi e le tecnologie per la cura di questa patologia, che avrà un impatto distruttivo sul nostro sistema sanitario. Sottrarre ancora una volta fondi alla spesa farmaceutica significa non investire, e non solo nella prevenzione.

Ho visto oggi i dati sull'allungamento della vita media, tali per cui si arriva magari fino a 90 anni, ma con una qualità della vita peggiore rispetto ad altri Paesi europei. Se si potessero utilizzare, nell'ambito dei trent'anni precedenti, farmaci per evitare le complicanze di alcune patologie, sicuramente a 90 anni si arriverebbe con una qualità di vita nettamente migliore e soprattutto con una spesa a carico del sistema sanitario nazionale assai inferiore.

I provvedimenti adottati con la legge di stabilità avranno un effetto cumulativo netto nullo negli anni 2015 e 2016, nei quali la crescita economica reale beneficerebbe in modo soltanto marginale di questa manovra espansiva, rimanendo invariata in questo quadro tendenziale. Lo affermano, ad esempio, la Corte dei conti e la Banca d'Italia: su quest'impatto, pertanto, il parere è negativo.

PRESIDENTE. Vorrei sottolineare qualche aspetto, innanzi tutto sulla filosofia di questa manovra. Tutti dicono che la legge di stabilità va nella direzione di puntare sulla crescita, quindi tutto va rivolto a quest'obiettivo, che condivido. Vorrei però che questo non significasse una sottovalutazione di quanto la salute o meglio l'assenza della salute pesi sulla crescita. Credo che questo punto politico unifichi tutta la Commissione e che pertanto nel parere vada assai evidenziato, altrimenti si continua a considerare la sanità come una partita esattamente alla stregua di tutte quante le altre. Non è così perché essa taglia trasversalmente tutti gli aspetti del bilancio dello Stato: qualunque cittadino – lavoratore o lavoratrice – se sta male non lavora; quindi ha un costo anche sotto il profilo economico, oltre che umano.

Dobbiamo dunque puntare molto sull'elemento di chiarezza. Diversamente, avremo soltanto l'aspetto della riduzione della spesa, che è importante, se contestualizzato al Servizio sanitario nazionale, ma preso in astratto rischia invece di essere, ancora una volta, un taglio senza finalità. Dato che l'intenzione del Governo va invece in altra direzione, starà anche a noi riuscire a convincere innanzi tutto tutti i nostri colleghi, in particolare della Commissione bilancio, il luogo preposto a questa battaglia.

Il secondo punto riguarda la coerenza rispetto ad alcuni temi presenti anche nella legislazione, che sarà all'esame della Commissione. Mi riferisco alla riforma degli enti vigilati: la senatrice Dirindin ha formulato precedentemente alcune considerazioni sull'Istituto superiore di sanità che condivido ed alle quali desidero aggiungere qualche elemento. Sappiamo che AIFA avrà un'implementazione del personale, propedeutica anche alla riforma dell'Agenzia regolatoria. Il tema del personale, per quel che riguarda l'Istituto superiore di sanità, non è una manovra relativa al personale in senso astratto, perché si tratta del personale fondamentale di un ente vigilato dal Ministero, come punto di riferimento di certezza per la salute dei cittadini. Non si può dunque considerare tutto uguale perché tutto è ugualmente importante, ma l'Istituto superiore ha bisogno di rimpolpare la propria struttura e la propria ossatura con una stabilità del personale. Diversamente, i circa 500 precari, ove rimanessero tali, diventerebbero oggettivamente un elemento di indebolimento.

Vorrei dunque che conducessimo questa battaglia insieme: ho presentato un emendamento a mia prima firma, al quale invito tutti ad apporre la propria. Il punto è fondamentale, perché sul precariato la scelta non è di dare un pochino a tutti, ma di decidere di incardinare nel disegno di legge di stabilità una parte di questo personale – costituito da un precariato di livelli altissimi perché si tratta di ricercatori – se non vogliamo che l'Istituto superiore si snaturi, vivendo di commesse private.

Lo dico perché immagino avremo problemi in Commissione bilancio, per quanto riguarda il personale: è chiaro che le esigenze sono tantissime, ma in questo caso credo vi sia un vincolo di coerenza con ciò di cui stiamo discutendo. Contemporaneamente, se vi fossero i finanziamenti, chiaramente investirei molto nella ricerca e mi permetto di dire che stabi-

lizzare quel personale significa anche dare finanziamenti alla ricerca, che mi sembra un obiettivo importante.

Il terzo tema concerne l'istituzione del Registro dei gameti, in riferimento al quale ho presentato un emendamento (ringrazio i colleghi che lo hanno sottoscritto), che ha un costo minimo e che è dettato soprattutto da un vincolo di coerenza: ottemperare alla sentenza della Corte e allo stesso tempo alla direttiva europea sui tessuti e le cellule umane. Questi due passaggi, se riusciremo a portare in porto il Registro dei gameti, diventano fondamentali perché consentono l'incardinamento dei disegni di legge in Commissione e consentiranno anche alla signora Ministro di poter predisporre linee-guida, cioè seguire quei due percorsi paralleli, di cui avevamo parlato. D'altra parte, il disegno di legge di stabilità non è proprio solo ed esclusivamente un'erogazione di finanziamenti, ma delinea gli indirizzi che si vogliono dare nel campo della salute per ulteriori iniziative legislative in tema di fecondazione eterologa, informate ai principi della trasparenza e della tracciabilità. Infatti, di *far west* ne abbiamo già visti molti, colleghi e, dato che culturalmente ci sono tendenze rispettabilissime ma che personalmente non condivido, di totale liberalizzazione del mercato, ritengo che invece un incardinamento del pubblico sia la cosa migliore per la vita delle donne innanzitutto.

Infine, affronto il tema della dipendenza patologica da gioco d'azzardo. Non so quale sarà l'esito dell'*iter* del disegno di legge incardinato alla Camera; però so di un'impresione dei 50 milioni erogati dalla legge di stabilità approvata alla Camera in prima lettura, ragion per cui ho presentato un emendamento: ritengo infatti importantissimo che si utilizzi l'espressione «dipendenza patologica da gioco» in luogo di «ludopatia», che allude ad una generica sofferenza. Ciò comporterà conseguenze sulla struttura dei servizi essendo considerata una dipendenza. D'altra parte, verranno stanziati 50 milioni, suddivisi in tre anni, che saranno utilizzati per sperimentare un *software* da installare sulle macchinette, così da segnalare quando il giocatore è a rischio di compulsività.

A mio avviso occorrerebbe modificare il testo - ed ho proposto un emendamento nel merito - nel senso di attribuire la gestione dei *software* di controllo all'Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato che ha il rapporto con i produttori delle macchinette, rispetto alla delega fiscale di cui all'articolo 14 che rivede il regime dei giochi, di cui una parte è contenuta nella legge di stabilità.

Il gioco d'azzardo è una patologia che si combatte con gli strumenti medici, con una prevenzione seria e con un monitoraggio costante, anche attraverso il controllo di *internet*. D'altra parte, una parte degli introiti del gioco dovrebbe altresì essere destinata allo svolgimento di attività di informazione e di prevenzione delle patologie correlate.

Usciamo dall'ambiguità ideologica che ha segnato fino ad adesso questo problema molto serio. Spero che la Camera finisca rapidamente l'*iter* legislativo così che il provvedimento arrivi al nostro esame. Quindi ho presentato l'emendamento che individua i Monopoli di Stato come competenti nel merito così da ottemperare meglio ai propri doveri e com-

piti dato che è troppo comodo mettere tutto sul sociale e sanitario quando invece si parla di *software*, di macchinari americani, di registri internazionali, di accordi internazionali.

Il tema ultimo che voglio affrontare riguarda l'ampia parte regolamentare presente nella legge di stabilità, applicativa del Patto per la salute. Condivido la scelta di non procedere alla continua istituzione di fondi. A fronte di un provvedimento saggio, l'abrogazione dei fondi, vi deve essere da parte delle Regioni una certa difficoltà ad ottemperare rispetto alla patologie presenti del fondo abrogato.

In merito alla confluenza delle quote vincolate nella cosiddetta quota indistinta del Servizio sanitario nazionale, ossia non destinata a specifici fini, 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, occorrerebbero specifiche misure di accompagnamento, anche a carattere deterrente, atte a garantire il rispetto effettivo dei livelli essenziali di assistenza.

Ne ha parlato ieri la senatrice Granaiola: ci sono di mezzo categorie molto deboli, malati di fibrosi cistica, di AIDS e gli hanseniani. Occorre che si trovi un sistema per cui le Regioni siano ulteriormente responsabilizzate nell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza, e ciò può avvenire attraverso le sanzioni, la sottrazione dei finanziamenti nel caso in cui quei fondi non vengano utilizzati o, peggio ancora, vengano utilizzati per altro fine. Infatti, non dimentichiamo che nella legge di stabilità c'è scritto che qualunque risparmio fatto dalle Regioni sottoposte a piani di rientro deve servire a colmare il disavanzo nei confronti dello Stato e quindi la tentazione diventa nei fatti anche molto grande: se sparisce un fondo ci sono comunque finanziamenti che vanno a colmare il debito. Bisogna che si capisca che la salute non è solo ed esclusivamente una questione contabile. So che il Sottosegretario è sensibile a questo tema. Credo che anche il dibattito all'interno della Conferenza Stato-Regioni potrebbe qualche volta anche spostarsi un po' di più sull'elemento salute come valore umano e non solo economico.

VALDINOSI (PD). Signora Presidente, condivido l'impostazione che lei ha appena dato, di leggere ed inquadrare i provvedimenti che riguardano la sanità in un contesto più ampio e quindi vedere queste misure non solo per l'incidenza sul bilancio dello Stato ma come interventi su un settore fondamentale, che incide in modo determinante sulla qualità della vita delle persone, tanto importante in questo momento di crisi economica quanto il tema del lavoro.

Certamente, in questa legge di stabilità ci sono aspetti positivi che occorre sottolineare, sui quali non mi voglio soffermare più di tanto in quanto ampiamente già affrontati. Mi riferisco, ad esempio, alla previsione per il biennio 2015-2016 di un aumento del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale. Un altro aspetto importante riguarda la destinazione di risorse per la non autosufficienza poiché sappiamo che investire maggior-

mente sul sociale potrebbe portare, non solo in prospettiva, ma già nel breve periodo, ad una forte riduzione di costi e spese che incidono impropriamente sulla sanità. Penso, ad esempio, al tema dei ricoveri inappropriati: sappiamo infatti quanto costi alla collettività un anziano degente in ospedale, che potrebbe in molti casi ricevere buone cure attraverso una adeguata assistenza domiciliare, con una migliore qualità della vita della persona ed un minore costo per il bilancio pubblico.

Questi aspetti sono sicuramente importanti, ma desidero soffermarmi su due o tre temi sui quali sono necessari una maggiore riflessione ed un più grande impegno da parte del Governo. Mi riferisco in particolare alla problematica relativa al personale, veramente fondamentale. Abbiamo una buona sanità pubblica grazie alla grande qualità professionale ed all'abnegazione del personale sanitario.

Ho avuto di recente occasione di visitare alcuni ospedali del mio territorio, che in tema di sanità pubblica presentano una situazione di grande qualità, non solo a livello nazionale ma europeo: mi riferisco all'Emilia Romagna, che pure versa in una situazione di grave difficoltà riguardo al personale. Ho potuto misurare sul campo, dialogando con gli operatori, sia medici che infermieri, che vi è una situazione di grande abnegazione, che però rischia di diventare sacrificio. Vi sono operatori sanitari che non stanno usufruendo delle ferie per poter far fronte alle esigenze presenti perché, se dovessero farvi ricorso, dovrebbero rimanere assenti dal lavoro per un anno e più. A mio avviso, non possiamo più accettare una situazione del genere, e dobbiamo compiere uno sforzo, nel comparto pubblico della sanità, per trasformare l'occupazione precaria in buona occupazione, che può portare ad una migliore efficienza e ad una maggiore qualità e professionalità. Si tratta in larga parte non tanto di spendere di più, quanto di convertire la spesa trasformando i contratti a tempo determinato o altre forme di precariato in contratti di lavoro a tempo indeterminato.

Il problema del personale precario riguarda in modo assai rilevante anche l'Istituto superiore di sanità: è già stato ricordato, ma desidero richiamare la questione poiché la ritengo veramente importante. Con la consapevolezza che la ricerca è fondamentale per il progresso del nostro Paese, dovremmo non limitarci a dichiararlo, e dare segnali molto concreti in tal senso, investendo nella ricerca.

Per quanto riguarda, nello specifico, il tema della ricerca e dell'innovazione in sanità, ritengo fondamentale il ruolo dell'Istituto superiore di sanità. Abbiamo sentito di recente il commissario dell'Istituto che ci ha delineato una situazione che ha destato in noi componenti della 12^a Commissione una grandissima preoccupazione. Ci parlava di ben 476 contratti a tempo determinato e di circa 200 collaborazioni a progetto. Ritengo sia necessario trasformare tale tipo di precarietà in una condizione di lavoro stabile, per lavoratori altamente qualificati. Il settore pubblico deve dare, anche in questa direzione, un segnale importante.

Ritengo necessario sottolineare anche un'ulteriore tematica, ossia la positività delle notizie riguardanti il rilevante impegno del Governo a farsi carico dei costi che riguardano i medicinali innovativi. Questo impegno è

molto positivo e importante perché tende a garantire a tutti una condizione di equità nel poter ricorrere alle cure per quanto riguarda l'epatite C. Mi associo, al riguardo, alle preoccupazioni espresse dalla senatrice Dirindin, anche in considerazione di quanto riportato su varie riviste specialistiche. Nel campo della ricerca scientifica si aprono possibilità che stanno ampliando le opportunità di ricorso a farmaci e molecole diversi, e si legge anche di un piano B, di prevenzione della malattia, che riguarda la vaccinazione: abbiamo quindi la necessità di tenerci aperte varie possibilità nella individuazione dei farmaci più efficaci per vincere una così grave malattia.

FUCKSIA (M5S). Non c'è ancora nulla, a livello di investimenti.

VALDINOSI (PD). Non c'è ancora nulla attualmente, ma ho letto di ricerche scientifiche che stanno studiando sul tema e di un'azienda italiana che sta sviluppando il vaccino per l'epatite C. Teniamoci dunque aperte tutte le possibilità che possono garantire un accesso alle cure il più efficace ed economico possibile.

In ultimo, vorrei affrontare un tema di cui si parla troppo poco, a mio avviso. In occasione di un'audizione recente, abbiamo sentito esprimere grandi preoccupazioni sulla futura sostenibilità del sistema sanitario nazionale, a causa delle criticità derivanti da un innalzamento dell'aspettativa di vita, cui non corrisponde sempre una buona qualità della stessa. Vi sono studi che, come Paese Italia, ci collocano agli ultimi posti in Europa: siamo cioè ai primi posti come aspettativa di vita, ma siamo agli ultimi come aspettativa di buona vita. Nel 2012, rispetto alla situazione di altri Paesi europei, l'Italia ha presentato un dato medio-basso, con un'aspettativa di vita in buona salute media di 61,8 anni. Questo comporta che il sistema sanitario pubblico debba far fronte ad una diffusa cronicità di alcune malattie e a costi rilevanti per curare persone sempre più anziane, che versano in uno stato di pessima salute.

Si deve fare di più in tema di prevenzione, che non è incluso nella legge di stabilità, ma che deve riguardarci tutti ed essere affrontato con decisione. In tanti casi, esso può essere anche declinato nel tema di una semplice ma efficace informazione al pubblico, utilizzando anche i *mass-media*, che arrivano nelle case di tutti. Occorrerebbe una campagna di informazione e prevenzione che favorisca l'adozione di corretti stili di vita e parli della negatività del tabacco, dell'alcol e della cattiva alimentazione, nonché degli effetti negativi per la salute causati dalla sedentarietà. Un minimo investimento potrebbe portare in prospettiva un risparmio notevole sui costi molto alti dovuti all'aumento di malattie croniche che derivano proprio dalla errata alimentazione e dalla mancanza di movimento fisico. Mi riferisco al problema del previsto aumento delle malattie legate all'obesità: diabete, cardiopatie, eccetera. Un investimento sul versante dell'informazione e della prevenzione va dunque sicuramente previsto.

SIMEONI (*M5S*). Signora Presidente, sulla scia in particolare della senatrice Rizzotti, vorrei sollevare un tema che non è contenuto in questo momento nel disegno di legge di stabilità, che è però fondamentale.

Se intanto si cominciassero a mettere in atto misure volte ad implementare il Fascicolo sanitario elettronico che accompagna il malato dalla nascita, si potrebbero conseguire notevoli risparmi, innalzando al contempo l'efficacia e l'efficienza delle cure ai pazienti.

FLORIS (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, colleghi, nel 2001 era in corso un processo di federalismo di devoluzione sulla sanità. Oggi sembra di assistere ad un problema di centralismo; però ritengo sia un tentativo troppo timido. Il governo dovrebbe centralizzare molte iniziative, tra cui *in primis* la ricerca.

In un momento in cui le risorse non sono infinite, credo che bene farebbe il Governo a non centralizzare indiscriminatamente, ma a farlo ad esempio sulle politiche in materia di ricerca e di prevenzione nonché di accesso ai farmaci il cui costo non è indifferente, senza mai legarsi le mani ad alcuni specificatamente dato che la ricerca può fare passi avanti innovativi nel giro di mesi o al massimo di qualche anno.

Ecco, ci sono questioni che probabilmente non sono molto chiare a chi legge l'atto del Governo in riferimento alla sanità. Su questo il Governo dovrebbe lasciare le cose come sono, ovvero procedere verso un'ulteriore devoluzione oppure, se ha intenzione di centralizzare la spesa per razionalizzarla maggiormente e per tentare risparmi, deve avere il coraggio di farlo.

Vorrei poi segnalare talune criticità derivanti dalla perdurante operatività delle disposizioni restrittive in materia di *turn over* del personale sanitario particolarmente preoccupanti in ambito ospedaliero, perché il rischio è di vedere ospedali che non funzionano. Non so se abbiate fatto degli studi nel merito, però reputo che il blocco del *turn over* fino al 2020 sia sostanzialmente da persone che di sanità non capiscono molto perché in tal modo si migliora un aspetto della medicina, quella domiciliare, peggiorando sicuramente quella ospedaliera. Su questo sicuramente il Governo avrà fatto dei calcoli ed avrà le sue idee.

Ritengo che nell'equilibrio tra la devoluzione e il centralismo si possa trovare anche la via per produrre dei risparmi e utilizzare meglio le risorse.

FUCKSIA (*M5S*) Signora Presidente, avevo chiesto di vedere i famosi fascicoli di Cottarelli perché quello potrebbe essere un buon punto di partenza per focalizzare certe realtà. Mi permetto di dire, non avendo le competenze né della collega Dirindin né del Ministero, che mi fanno scalpore le ristrutturazioni perenni in corso in alcuni ospedali (nel Lazio il fenomeno è particolarmente accentuato, ma nelle Marche ci stiamo avviando sulla stessa strada), con i conseguenti spostamenti dei reparti e i costi connessi.

È questo continuo spostamento che provoca, secondo me, una cattiva gestione nella programmazione: abbiamo ospedali vecchi, quindi va da sé che è necessario ristrutturarli (e la manutenzione costa), ma in alcune zone ho visto bilanci molto più alti per le ristrutturazioni e i rifacimenti che per il costo del personale.

Penso che questo sia un punto di partenza da considerare perché nel campo degli appalti spesso la direzione lavori è data a gente che non ha cognizione dell'effettivo costo e, così facendo, ci esponiamo veramente ad un pozzo di san Patrizio in uscita senza controllo, con cose fatte male, non ergonomiche considerando che i progetti vanno per le lunghe - lo Spallanzani è uno di questi - e ciò che andava bene vent'anni prima, quando sono iniziati i lavori, non va bene a fine lavori. Questo fa pensare che noi buttiamo via miliardi per incompetenza.

La razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi potrebbe essere migliorata ad esempio se fossero inseriti esperti in materia sanitaria in grado di individuare con accortezza gli oggetti da acquistare all'interno della stessa CONSIP. Altrimenti si rischia di acquistare strumenti magari più economici che magari si rompono durante un intervento chirurgico.

È poi assolutamente condivisibile l'auspicio, formulato poco fa dalla collega Simeoni, in tema di implementazione del Fascicolo sanitario elettronico; è infatti inutile disperdere energie in mille *software* che non comunicano tra loro, problema annoso. Qui la centralizzazione è fondamentale a livello aziendale regionale, dove coesistono 6 CED. Abbiamo accentrato tutto il sistema ma abbiamo tenuto tutte le dirigenze. Di fatto cambiare nome alle cose tenendo tutte le strutture portanti non comporta un risparmio della spesa ma solo confusione.

Così come l'accento posto sull'importanza delle attività di prevenzione quale fattore di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Il Patto di stabilità implica che dobbiamo cominciare a fare programmazione a lunga scadenza, attraverso un'attenta valutazione perché altrimenti sulla ristrutturazione di un ospedale ci si deve rimettere le mani 100 volte, cosicché rifacciamo gli appalti perché quelli grandi fanno più gola e danno maggiori margini di guadagno. Non è il grande ospedale quello che di fatto funziona di più perché bisogna anche tener conto di un discorso di umanizzazione delle cure.

Un conto è la rete delle emergenze che deve essere diffusa, e garantire la velocità di intervento, un conto la diagnostica o gli interventi programmati. Quindi i grandi centri devono essere i riferimenti e poi i centri di cura dettagliati per patologie.

In tema di dipendenza da gioco d'azzardo, sarebbe preferibile, a mio avviso, evitare di disperdere le risorse su *software* informatici di dubbia utilità, puntando invece decisamente sulle attività di informazione e di sensibilizzazione, soprattutto in ambito scolastico. È dalla prevenzione nelle scuole che bisogna partire.

Quanto alle attività di negoziazione concernenti i farmaci innovativi per l'epatite C, credo siano da evitare secretazioni, anche se l'obiettivo

prioritario è quello di garantire la più ampia possibilità di accesso ai medicinali.

Teniamo anche conto che la prevenzione va benissimo, ma non cambia molto: se domani venisse scoperto un vaccino per l'epatite C, il numero delle persone già infette – che ormai vanno curate – non cambierebbe. Il problema nello stanziamento dei fondi sta invece nel fatto che ora bisogna affrontare l'emergenza di coloro che rischiano di subire il trapianto, mentre quelli che sono già ammalati, giustamente, non vogliono arrivare ad avere l'urgenza di un trapianto.

A mio avviso, il problema non è relativo a coloro che non sono affetti dalla malattia, per i quali si potrebbe anche pensare ad una prevenzione volta ad evitare il vaccino. Se invece si trova un vaccino, meglio è, come dimostra il fatto che in ospedale abbiamo debellato ad esempio l'epatite B, che quindi adesso ha un'incidenza quasi irrilevante rispetto al passato. Il vaccino per l'epatite C ben venga, però anche in quel caso occorrono formazione ed informazione a tutto spettro. Sarebbe utile rimandare in onda il famoso *spot* televisivo del Ministero della salute sulla trasmissione delle malattie infettive, anche perché costerebbe pochissimo. Renzi ne fa tanti, fatti bene, quindi facciamone uno anche su questo: è bravo, da questo punto di vista, e plaudo alla sua estrema chiarezza.

A mio avviso, però, occorre uno *spot* sulla trasmissione delle malattie infettive, come quello che andava in onda tempo fa sull'AIDS, che però è sparito, per cui sembra che la malattia non esista più, mentre causa più morti e malati dell'Ebola, almeno in Italia. Per fare un discorso generale al fine di informare la gente, anche in quel caso dobbiamo operare un cambio culturale ed incidere più su quel versante, anche a poco prezzo: non sempre un grande risultato ha bisogno di grandi investimenti, ma di investimenti giusti.

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

Passiamo alle repliche del relatore e del rappresentante del Governo.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità*. Signora Presidente, desidero innanzi tutto ringraziare le colleghe ed i colleghi della Commissione per i loro interventi, ascoltando i quali ho preso quasi otto pagine di appunti.

Già ieri, dopo la prima *tranche* di discussione sul parere tecnico e sul testo complessivo, mi sono domandato quale potesse essere una chiave di lettura che desse organicità agli interventi ed alle riflessioni e che fosse anche con essi compatibile, termine molto di moda di questi tempi, da tutti i punti di vista.

Il suo intervento sulla chiave di lettura complessiva, signora Presidente, credo sia fondamentale nella stesura del parere, con riferimento all'ispirazione che la Commissione dovrebbe dargli, a mio giudizio, qualificando la spesa per la salute, innanzi tutto come un investimento del Paese e non come un costo.

Questo vale comunque a fronte di un provvedimento – e stiamo parlando della legge di stabilità – che, anche in relazione al nostro modello di servizio sanitario nazionale, risente profondamente del problema della tenuta del bilancio pubblico. Come sapete e come ci ha detto il commissario dell'Istituto superiore di sanità, il nostro è un modello alla Beveridge, non bismarckiano, cioè basato sulla fiscalità generale.

Ecco la grande differenza tra un modello Bismarck ed un modello Beveridge, che non sta solo nelle modalità con cui le prestazioni vengono; tutto quello che incide sul bilancio pubblico, invece, incide oggettivamente sulla sanità. Si tratta di modelli che mediamente costano anche meno: come sapete, il costo del modello Bismarck è più alto (basti pensare a Francia e Germania, che hanno costi decisamente più alti, probabilmente legati a quello delle transazioni ed al meccanismo di finanziamento). Sono assicurazioni ed i risultati non corrispondono a questi maggiori costi.

La prima affermazione di principio è dunque la seguente: si tratta di un investimento che non è solo civile o sociale, ma riguarda l'economia del Paese perché la filiera della salute ha in sé qualità di formazione, di competenze, investimenti innovativi, tecnologie e ricerca e non so quale altro settore produttivo possa ragionevolmente vantarli con le stesse caratteristiche e le stesse dimensioni.

Si tratta di un contributo al prodotto interno lordo: la decrescita del sistema salute comporta quella del prodotto interno lordo, avvitando quindi una strana e perversa spirale per cui accresce il bisogno di controllarla ai fini del PIL, che a sua volta decresce. Sono le spirali degli economisti, che la senatrice Dirindin ci spiegherà meglio.

Ecco la luce sotto la quale, raccogliendo lo spirito e l'atmosfera che si respirano in questa Commissione, ci diversifichiamo sulle varie soluzioni e sulle loro letture per le diverse criticità: non ho però mai visto divisioni qui, in rapporto alle finalità ed al patrimonio del nostro Servizio sanitario nazionale, e mi sembra comunque opportuno raccoglierle ed inserirle come chiavi di lettura della complessità del provvedimento.

Se siete d'accordo, immaginavo di riportare nel parere alcune osservazioni e considerazioni, cercando di tenerle insieme, pur di fronte alla vastità, alla specificità ed alla peculiarità di alcune questioni, che nulla tolgono al loro valore, per come sono state rappresentate. Penso, per esempio, alle riflessioni della Presidente sulle patologie connesse al gioco d'azzardo o alle osservazioni mosse su aspetti specifici di alcuni provvedimenti. Questi hanno pari dignità, ma il tentativo è di centrare e focalizzare l'attenzione su almeno quattro o cinque questioni oggettivamente inclusive di tali specificità.

La prima è che indiscutibilmente il sistema sanitario, a fronte di questa legge di stabilità, vedrà ribaltarsi sulle sue risorse la riduzione dei trasferimenti alle Regioni, per gli ovvii motivi ad esse legati ed inerenti al bilancio regionale, ai Comuni ed in parte anche alle Province, per ciò che ne resta, in ragione di quelle attività di collegamento socio-sanitario e prettamente sociale che sappiamo fortemente integrare ed interessare il

sistema salute nel suo complesso. Le Regioni, nella loro autonomia e nel rispetto del Patto per la salute, decideranno come provvedere a questo mancato trasferimento di risorse, ma mi sembra che in parte l'abbiano già inquadrato. Questa condizione rende ancora più importanti e cogenti tutte le funzioni e l'attività di monitoraggio e valutazione sull'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Qui si pone il problema dell'AGENAS, uno di quegli enti che più tipicamente e istituzionalmente è preposto a questo tipo di funzione.

Credo che in questo primo troncone di osservazioni vadano fortemente riprese più considerazioni che i colleghi hanno fatto in Commissione rispetto all'abolizione di fatto dei fondi vincolati che transiterebbero nel fondo sanitario nazionale indistinto. Capisco che ciò obbedisca a criteri di funzionalità e di agibilità delle risorse stesse, perché vi ricordo che la norma pone addirittura una salvaguardia specificando che si tratta di quelli non distribuiti nel 2014, ma è evidente che noi dobbiamo fortemente sottolineare l'esigenza che le finalità, quindi le condizioni e i soggetti ai quali questi fondi erano destinati, siano attentamente monitorizzati.

Quindi, queste funzioni di monitoraggio per gli hanseniani, per i malati di fibrosi cistica o per la medicina penitenziaria, piuttosto che per la chiusura degli OPG, tema delicatissimo, devono restare al centro di una lente molto attenta in modo che siano intanto soddisfatti quei soggetti e quelle circostanze.

Non vedrei male un transito della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. I *report* ci sono? Dicono che funziona tutto bene? Va tutto bene? C'è qualcosa che dobbiamo rivedere? Siamo sicuri che nelle situazioni di restrizioni della libertà fondamentale, quindi nelle carceri, ci sia pari diritto dei detenuti rispetto all'accesso ai servizi sanitari? Credo che l'attenzione debba aumentare rispetto all'effettivo soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza. Il nostro Servizio sanitario nazionale non dà tutto a tutti; deve dare i livelli essenziali di assistenza. Smettiamola con questa storia che dà tutto a tutti.

Il secondo blocco di riflessioni riprende molte delle osservazioni che sono state fatte circa il problema del personale.

È indiscutibile che la curva di decrescita o di mancata crescita del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (che comincia dal 2009, quindi siamo quasi al quinto anno) si è giocata in gran parte sul personale, spesa importante, circa un terzo o poco più di tutta la spesa del Servizio sanitario nazionale. Tra l'altro, si è giocata su quei soggetti e su quelle funzioni del servizio maggiormente sensibili rispetto alla percezione della qualità e dell'efficacia delle cure: dato, anche questo, a sua volta estremamente sensibile.

Credo che nel parere vada sottolineato come almeno questo provvedimento non affronti o non dia qualche segnale, come dovrebbe e come potrebbe, di maggior attenzione alle vere risorse del Servizio sanitario nazionale. Sono i professionisti e gli operatori le vere risorse del sistema, e segnali di sofferenza, di grande fatica, di grande difficoltà a reggere il servizio e a garantire la sostenibilità si avvertono. Riprendendo anche l'inter-

vento della senatrice Fucksia, non giovano radicali trasformazioni di modelli organizzativi da un giorno all'altro, con aziende che si dilatano, chiudono, diventano piccole, grandi, spariscono.

Quando ho cominciato io ad occuparmi di questa materia, la professoressa Dirindin mi insegnava il *management* e parlavamo dell'etica dell'azienda, dello spirito aziendale.

Il problema è dare segnali forti sugli ambienti, sulle organizzazioni, le gestioni, le retribuzioni e il riconoscimento dei professionisti che lavorano all'interno del sistema. Piccoli segnali si possono dare non ad invarianza di spesa, ma certamente con una diversa riorganizzazione di spesa e recuperando quegli spazi di risparmi e di gestione che sono sempre possibili nelle organizzazioni virtuose.

Il terzo blocco di riflessioni riprende alcune di quelle già fatte: la legge di stabilità affronta grandi questioni, una delle quali è anche alla base della sostenibilità del sistema e riguarda genericamente il *technology assessment*, oltre che delle tecnologie, anche dei moderni farmaci che sono biotecnologie, , che hanno dei costi unitari a olte molte più elevati dei costi unitari di una prestazione tecnica.

Una corretta gestione delle innovazioni, delle tecnologie innovative come dei farmaci innovativi, e delle strutture dove queste tecnologie insistono, è un obiettivo strategico e non può essere legato ad emergenze, che certamente hanno la loro drammaticità poiché le emergenze devono consentire lo sviluppo di strategie, di metodologie, di sistemi per affrontare le medesime, che non siano estemporanee alle criticità.

Ovviamente, il riferimento d'obbligo è al trattamento dell'epatite C: disponiamo di un farmaco capace di eradicare il virus e sicuramente in grado di capovolgere la storia clinica, altrimenti nefasta delle infezioni da *virus C*. Ma non è una storia nuova. Ricordo tutti i farmaci biologici, i fattori di crescita: all'inizio i costi unitari dei fattori di crescita erano altissimi e ponevano seri problemi anche sul finanziamento. La dispensazione negli ospedali è fondamentalmente avvenuta per questa ragione. Allora, credo occorra fare davvero una riflessione che tenga insieme tutte le misure - e nel disegno di legge è prevista la revisione del prontuario AIFA, ancorché spostata al 31 dicembre - e qualche considerazione aggiuntiva, una delle quali è già stata fatta, sull'Istituto superiore di sanità. Perché? L'Istituto superiore di sanità è la punta di diamante non solo di una ricerca pubblica pura, ma anche di un sistema di valutazione delle tecnologie in termini di efficacia e sicurezza, né più né meno dell'AIFA, che ha svolto e svolge in questo contesto una funzione delicatissima di supporto tecnico in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza terapeutica, per il settore dei farmaci. Occorre quindi irrobustire e sganciare la vita quotidiana di questo settore di eccellenza non solo della ricerca pubblica, ma anche della valutazione dei presidi tecnologici e farmacologi: lo ribadisco, perché è di questo che stiamo parlando, ossia dell'efficacia e della sicurezza. In parte, assolve a questo compito insieme all'AIFA, quindi è uno strumento necessario per reggere la sostenibilità delle innovazioni, sia tecnologiche sia farmacologiche, e l'impianto civile e sociale

del nostro servizio sanitario nazionale – che è andato in crisi, e sappiamo perché – nonché l'autorevolezza delle fonti, lo sottolineo. Si tratta quindi di misure che guardano all'Istituto Superiore di sanità svincolandolo dall'estemporaneità dei finanziamenti, perché una sorta di soggetto sul mercato che vive in funzione di chi gli dà le commesse di ricerca non credo giovi alla qualità, alla tenuta ed alla sicurezza del nostro servizio sanitario nazionale.

Questo era il terzo blocco, dunque concludo ora con il quarto, nel quale saranno incluse tutte le considerazioni relative ad altri particolari, sui quali non starò a dilungarmi. Vorrei muovere qualche riflessione sulle tabelle, in particolare quelle riferite al bilancio del Ministero dell'economia e delle finanze, che riguardano gli investimenti in edilizia sanitaria. Mi sentirei di fare una raccomandazione circa la necessità di dare priorità alla messa in sicurezza delle strutture. Abbiamo bisogno di un piano di messa in sicurezza delle strutture sanitarie: restituiamo alle Belle Arti qualche ospedale, che è già sotto la sua tutela, come patrimonio artistico e culturale, ed usiamo queste poche risorse – perché non sono tantissime quelle che ci sono – per un saggio e responsabile piano di messa in sicurezza delle strutture esistenti. Cerchiamo di non farci affascinare dalle cattedrali, ma, come si fa in una famiglia in cui le risorse non sono tante, cerchiamo di individuare ragionevolmente i bisogni primari: la sicurezza delle strutture è dunque un problema primario.

Questi gli elementi portanti dello schema di rapporto che credo rispondano alle osservazioni pervenute dal dibattito, attese tutte le altre più specifiche, non meno legittime.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, non sembri questo il solito elemento adulatorio, ma desidero innanzi tutto ringraziare tutti coloro che sono intervenuti, per il clima che si respira in questa Commissione a difesa del sistema sanitario, assai rilevante, che ho verificato ogni qual volta ho fatto quest'esperienza negli ultimi mesi. Come hanno già fatto notare i commissari stessi, molto rilevante è anche l'ampia condivisione esistente su questo tipo di argomento, che non è assolutamente un fatto marginale nel dibattito politico ed istituzionale. Com'è evidente, è possibile interpretare il valore, il sostegno e la difesa del sistema sanitario italiano da molte angolazioni. Nella compatibile distinzione dell'unità che il Governo rappresenta con la mia modestissima persona in questa circostanza, lo segnalo a beneficio di tutti, perché la dinamica istituzionale e la definizione dei programmi e delle iniziative legislative e finanziarie non trova sempre quest'unità profondamente condivisa, molte volte anche per esigenze di finanza pubblica, negli altri attori importanti del Parlamento e del Governo del nostro Paese. Desideravo dunque segnalare questo aspetto perché considero molto rilevanti la qualità del dibattito, il clima che qui si respira ed il lavoro svolto in questa Commissione.

Pochi sono gli elementi che vorrei commentare, il primo dei quali è relativo alle risorse finanziarie. È evidente che, non per apparire come il

solito difensore del bicchiere mezzo pieno, ma, in una modesta esperienza retrospettiva rispetto a questo tipo di argomento, negli ultimi anni, nelle leggi di stabilità o nelle precedenti edizioni delle finanziarie dello Stato, vi è stata sempre un'articolazione dei contributi che i livelli della Repubblica hanno dovuto garantire nel più generale quadro della sostenibilità dell'equilibrio della finanza pubblica. Vi è sempre stato questo contributo, da parte delle Province, dei Comuni, delle Regioni e di tantissimi altri attori istituzionali: in questa legge di stabilità vi è il contributo dell'INAIL e dell'INPS, ma vi è sempre stato un nutrito elenco di tutti coloro che hanno concorso con varie quote e cifre.

Per la verità - e in questo senso il bicchiere è mezzo pieno - desidero far presente anche ad alcuni che hanno manifestato posizioni molto nette in materia, a partire dalla senatrice Dirindin, che, per la prima volta dopo qualche anno, insieme al contributo delle Regioni, vi è un quadro finanziario preciso, puntuale e con cifre nette che riguardano il Fondo sanitario nazionale (a tale proposito, un lungo articolo, che nell'edizione d'esordio della legge di stabilità era il 39, ora è diventato una serie di commi, dal 224 in poi, che recuperano il Patto per la salute). Negli anni precedenti le cose non stavano perfettamente così, dunque non abbiamo stabilito il Patto per la salute per due o tre anni, proprio perché mancava una definizione finanziaria: nel quadro complicato che conoscete bene, in cui si muove questa legge di stabilità, considero assai importanti quest'elemento e queste norme, dal comma 224 in poi.

Ugualmente importante è un altro principio incluso nella legge di stabilità e sancito e definito nel Patto per la salute, relativo ai risparmi che si possono ottenere in termini di virtuosa azione e di efficientamento dei sistemi sanitari regionali, che sono i luoghi nei quali, come ben sapete, convivono emblematicamente due elementi, la richiesta di ulteriori risorse finanziarie e la presenza di sprechi, inappropriatezze ed inefficienze. Il sistema sanitario italiano, com'è ben noto, presenta anche di queste storie, nella consapevolezza che molte Regioni hanno determinato effetti tanto difficili in termini finanziari da rischiare di travolgere l'intero sistema sanitario del Paese (penso alla Sicilia, alla Calabria, alla Campania, alla Puglia, al Molise, all'Abruzzo, al Lazio, al Piemonte ed alla stessa Sardegna). Quindi, scrivere che i risparmi conseguiti dalle Regioni virtuose vengano destinati comunque al riutilizzo in ambito sanitario mi sembra un principio anche in questo caso abbastanza innovativo nella dinamica dei rapporti tra Stato e Regioni. Vedremo cosa faranno le Regioni.

È in corso una discussione molto importante all'interno della Conferenza Stato-Regioni, della quale non conosciamo ancora l'esito: molte Regioni sono schierate nella difesa del Patto per la salute e della possibilità di poter agire su quel contributo di 4 miliardi previsto nella legge di stabilità per le Regioni su altri fronti o di agire minimamente con un'azione sostenibile, tollerabile e compatibile soltanto nel fondo sanitario nazionale, sapendo che tra il 2014 e il 2015 c'è un aumento di risorse.

Vorrei rispondere ad alcune osservazioni che venivano fatte sul tema del federalismo, quindi su questo rapporto difficile e anche su questa sto-

ria che viene considerata da alcuni non gloriosa (si parla addirittura di fallimento nella relazione tra Regioni e Governo) sulla gestione del fondo sanitario e quindi del Sistema sanitario del nostro Paese. È vero che con il Patto per la salute, con il recepimento del disegno di legge di stabilità, c'è sicuramente un diverso livello di relazione e di responsabilità tra Regioni e Governo. Quando si saranno conclusi i tanti adempimenti che il Patto per la salute prevede, dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza al quadro più complessivo sugli *standard*, per esempio, della riorganizzazione della rete ospedaliera, per citare soltanto due campi; quando, insomma, saranno definiti complessivamente tutti gli adempimenti, il rapporto tra centro e periferia – lo sintetizzo così – sarà molto più stringente, molto più rigoroso, molto più basato non solo sui conti economici, e quindi sulla definizione finanziaria di queste relazioni, ma proprio sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Questo disegno di legge di stabilità contiene al suo interno alcuni segni interessanti e di assoluta novità, quale la norma sulla decadenza dei direttori generali per mancato raggiungimento degli obiettivi, a mio avviso una straordinaria novità, anche un po' draconiana nella definizione: un'azione molto forte.

Allo stesso tempo, la disposizione sull'incompatibilità tra incarico di commissario *ad acta* e titolarità di cariche all'interno della Regione commissariata è una grande novità. Pensiamo alla Regione Calabria, che era un esempio abbastanza noto su questo argomento. I commissari saranno scelti sulla base di *curricula* nonché di esperienze provate di azione di equilibrio e di riefficientizzazione dei sistemi sanitari; il che mi sembra una grande novità anche nel quadro di quei rapporti più seri che ci devono essere tra centro e periferia.

Lo stesso dicasi molto modestamente – potrebbe apparire una questione marginale – della riduzione dei collegi sindacali nonché della selezione, sulla base di procedure nuove, di come devono essere composti.

Meritevoli di considerazione sono, a mio giudizio, anche le norme in materia di istituti zooprofilattici, che sono un capitolo a sé nella conduzione commissariale-burocratica, uno dei più grandi fallimenti dell'istituto regionale. Come sa bene D'Ambrosio Lettieri, proprio perché sono a cavallo tra due Regioni molti di questi istituti – per ragioni di buona *governance* è evidente che il confine regionale è poca cosa – la dimostrazione di questo fallimento è stata proprio nella resistenza di *governance* di questi istituti per 30 anni che non hanno consentito un'azione importante in termini di sanità pubblica. Le norme che incidono su questo settore sono molte nette e molto chiare.

Ancora apprezzabili sono le norme in materia di dispositivi medici, il *technology assessment* nonché di fondi per gli indennizzi agli emotrasfusi con cui si chiude totalmente il contenzioso.

Nella legge di stabilità ci sono tutti i soldi per riprendere automaticamente il pagamento degli indennizzi e quelle attività che molte Regioni avevano sospeso perché da tre anni non c'era più copertura finanziaria.

Si chiude il contenzioso con più di 700 milioni di euro in tre anni per svolgere l'attività di indennizzo e riconoscimento per queste persone.

Positive sono anche le norme in materia di medicinali omeopatici (mi pare che questa Commissione più volte ci abbia provato, e per una parte ci siamo riusciti) e di competenze professionali nel settore sanitario.

Una menzione importante merita senza dubbio la disciplina innovativa recata dal comma 102 dell'articolo 1, concernente il gioco d'azzardo, che sposta finalmente l'osservatorio in capo al Ministero della salute. Si tratta di avviare con grande cura l'introduzione nei Livelli essenziali di assistenza di questo tipo di patologia, perché nonostante vi siano esperienze importanti, anche se non moltissime nel nostro Paese, non vi sono una codifica ed una casistica definita che riferiscano come affiancare un paziente che giocava al gratta e vinci, dopo che è stato internato, in termini diurni o meno, in una comunità. Collocare dunque 50 milioni di euro per avviare questa nuova attività – spero sulla base del lavoro previsto, che definisca linee guida e protocolli condivisi, secondo il dettato dell'articolato – mi sembra una grande e positiva novità.

Stesso discorso vale per la sperimentazione dei farmaci monodose, che è un contributo importante venuto dal lavoro fatto alla Camera sulla legge di stabilità.

Vediamo se, a conclusione del lavoro da svolgere in Senato, si potrà effettuare un ulteriore approfondimento su altri tre punti, che riguardano il Fondo unico, che è stato variamente criticato (con riferimento ai pazienti affetti da morbo di Hansen o fibrosi cistica, per capirci), la norma sul personale ed i dispositivi medici, parte che ho già citato e che non mi sembra sia stata commentata negativamente.

Con riferimento al Fondo unico, innanzi tutto, in termini di principi generali, in Italia chi si occupava di sociale e sanità ha dato l'annuncio più importante e più entusiasmante, per esempio quando sono finite le segmentazioni assistenziali per attività sociali e si è costituito il Fondo unico nazionale (poi ovviamente sparito ed oggi ripristinato in alcune parti, tra le tante leggi finanziarie e di stabilità che si sono susseguite). Qual è la grande differenza? Cifre perimetrare in maniera tanto rigida consentono un ottimo lavoro sul riparto, ma non sulla programmazione, perché tra hanseniani, malati di fibrosi cistica e altre questioni previste in fondi distinti, la differenza su scala regionale può essere molto importante e modificarsi nel corso del tempo. Occorre quindi duttilità, con la possibilità di articolare queste risorse e questi finanziamenti – auspico in maniera più positiva e virtuosa – una volta salvate le risorse in termini generali e sapendo che sono indicate per quel tipo di attività.

L'aspetto che forse non abbiamo voluto notare, ma che vi sottopongo con molta franchezza, è che questa scelta viene fatta dal Patto per la salute. L'hanno fatta quindi Regioni e Governo nel firmare quel patto, specificamente all'articolo 1, che vi consiglierei di ricommentare insieme, per vedere se vi è uniformità. I commi dal 224 in poi stabiliscono l'impegno solenne che il Governo, una volta firmato il Patto per la salute nel mese di luglio, ha assunto con il sistema sanitario italiano ed i suoi attori, quindi le

Regioni. Essendo stato recepito puntualmente in tutte le sue parti, rappresenta uno dei punti della legge di stabilità da modificare con più cautela: essendo stato stipulato, firmato e sottoscritto un patto a quel livello, quella definizione pretenderebbe un rigoroso lavoro «di rispetto», se mi consentite di dirlo in questi termini.

La stessa cosa riguarda il personale e lo spostamento al 2020: all'articolo 22, ultimo comma, del Patto sulla salute vi è la possibilità di diluizione fino al 2020, richiesta dalle stesse Regioni, modificando –secondo quanto prevede la legge di stabilità – i criteri di approfondimento tecnico sull'aggiornamento dei parametri che riguardano quel famoso 1,4 per cento di risparmio. Come si raggiungeva quest'ultimo, per chi ha esperienza? Con varie modalità, anche disarticolate: riducendo il Fondo di incentivazione oppure, più virtuosamente, una duplicazione di strutture complesse. Vi sono state Regioni – lo dico per esperienza personale – che hanno ridotto le ASL da cinque a due o da dieci a cinque, ma le strutture complesse e quelle dipartimentali sono rimaste esattamente quelle precedenti, quindi non vi è stato un avanzamento organizzativo. Governo e Regioni si sono dati insieme l'obiettivo di guardare più a fondo in quell'1,4 per cento e spostare i termini al 2020 è esattamente quello che prevede il Patto per la salute, con le stesse parole.

Su questo punto, non avendo una valutazione filologica ed avendo provato a rileggerlo per l'ennesima volta stamattina, anch'io nutro qualche perplessità su com'è stato scritto il comma 253. Guardiamolo meglio: recepisce veramente quello che c'è scritto nel Patto per la salute? Sarebbe di sì, ma se vi è qualche elemento di perfezionamento, possiamo chiederlo alla Commissione bilancio, perché quei commi contengono esattamente l'azione che il Governo ha inteso fare recuperando e recependo tutto ciò che c'è nel Patto per la salute. Se ci scriviamo cose diverse, è come dire che siamo noi ad infrangere un accordo fatto con le Regioni.

Su questo punto, direi di fare insieme nelle prossime ore un approfondimento, ma mi fermerei qui, sottolineando che, nel suo complesso, la legge di stabilità mette in piedi tante cose, tra cui anche alcune difficoltà, in un quadro abbastanza difficile, in lungo e in largo. Se dovessi esprimere una mia opinione, rispetto alle esperienze degli anni precedenti, direi però che la parte migliore, più solida e precisa in termini finanziari, questa volta, è proprio la sanità: paradossalmente, mentre su altre questioni vi è incertezza – per cui, come avrete notato, è stato portato a 400 milioni il Fondo per la non autosufficienza – vi sono azioni di novità che considero apprezzabili. Mentre vi sono reiterati tagli e riduzioni di risorse su tanti fronti della vita pubblica del nostro Paese, questa volta la legge di stabilità contiene elementi molto positivi in termini finanziari, per quanto riguarda la sanità. Si tratta di elementi sicuramente migliorabili: conosco alcuni degli argomenti e degli emendamenti che dovremo discutere, molti dei quali, come sa bene la signora Presidente, sono anche condivisi.

Non vorrei dar luogo ad un lungo dibattito sul tema dell'epatite C, perché nemmeno il sottoscritto conosce la dizione finale: posso soltanto

dire che si sta ragionando su un Fondo per i farmaci innovativi nel suo complesso. Si parla di comunicati stampa: la Presidente mi ha riferito che vi è stata addirittura una conferenza stampa, che però a me non risulta, ma ovviamente un Ministro è libero di dichiarare e diffondere tutti gli elementi che ritenga. Direi però di parlare sul testo, che invito a guardare così com'è stato annunciato: l'intervento pubblico sul tema dell'epatite C è stato ampiamente richiesto da tantissime interrogazioni ed ordini del giorno, mozioni e sollecitazioni che in questi mesi abbiamo conosciuto e ai quali abbiamo risposto.

Con la presentazione di un emendamento governativo capiremo come tutto questo problema è sostenibile e migliorabile. Stiamo parlando di un fenomeno, frutto di un problema di sanità pubblica veramente drammatico.

Conoscete meglio di me la geografia: ci sono Paesi del Mezzogiorno, piccoli centri di 1.000 abitanti (qualcuno nella mia Regione), dove addirittura il 50-60 per cento della popolazione ha l'epatite C, questo purtroppo a causa di malfunzionamento della sanità negli anni: qualcuno dà la colpa ai dentisti, altri a scambi di siringhe. L'emendamento governativo verterà piuttosto sui farmaci innovativi e su di esso avvieremo un lavoro puntuale.

PRESIDENTE. Colleghi, come preannunciato, sospendo la seduta fino alle ore 16.

TAVERNA (M5S). Presidente, le chiedo cortesemente un posticipo della ripresa dei lavori in quanto proprio alle 16,00 abbiamo un incontro con Beppe Grillo.

PRESIDENTE. Allora posticipiamo la ripresa dei nostri lavori alle ore 17.

I lavori, sospesi alle ore 14, sono ripresi alle ore 17.

Riprendiamo i lavori. Passiamo all'esame degli ordini del giorno.

GRANAIOLA (PD). Presidente, aggiungo la mia firma agli ordini del giorno G/1698/4/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

ROMANI Maurizio (Misto-MovX). Io vorrei aggiungere la mia firma agli ordini del giorno. 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.

ANITORI (Misto). Presidente, anch'io aggiungo la mia firma all'ordine del giorno G/1698/4/12.

VICECONTE (NCD). Vorrei aggiungere la mia firma agli 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, 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.

SCAVONE (*GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI)*). Presidente, anch'io aggiungo la mia 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.

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Aggiungo la mia firma agli ordini del giorno G/1699/1/12, G/1698/1/12, G/1698/2/12, G/1698/3/12 e G/1698/4/12.

FUCKSIA (*M5S*). Vorrei aggiungere la mia firma agli ordini del giorno 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.

TAVERNA (*M5S*). Anche io, Presidente, aggiungo la firma agli ordini del giorno G/1698/1/12 e G/1698/17/12.

ICHINO (*SCpI*). Presidente, io intendo aggiungere la firma agli ordini del giorno testé richiamati dalla senatrice Taverna.

PADUA (*PD*). Aggiungo la mia firma agli ordini del giorno G/1699/1/12 e G/1698/2/12.

VALDINOSI (*PD*). Vorrei aggiungere la firma agli ordini del giorno G/1698/2/12 e G/1698/4/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Io aggiungo la mia firma agli ordini del giorno G/1699/1/12 e G/1698/4/12, G/1698/9/12, G/1698/10/12 e G/1698/16/12.

SILVESTRO (*PD*). Aggiungo la firma agli ordini del giorno G/1698/4/12 e G/1698/16/12.

PRESIDENTE. Non essendovi richieste di intervento in sede di illustrazione, gli ordini del giorno si intendono illustrati. Chiedo al relatore e al rappresentante del Governo di esprimere il parere.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità*. Esprimo 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 e G/1698/9/12, quest'ultimo a condizione di una riformulazione del dispositivo, ovvero che si mantenga solo il primo dei tre impegni al Governo.

Esprimo infine parere favorevole sugli ordini del giorno G/1698/11/12, G/1698/12/12, G/1698/13/12, G/1698/16/12 e G/1698/17/12.

PRESIDENTE. Senatore Zuffada, accetta questa richiesta di riformulazione del relatore?

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Sì, Presidente, e riformulo l'ordine del giorno nel senso indicato.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, esprimo parere conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Essendo stati accolti dal rappresentante del Governo, gli ordini del giorno testé menzionati non saranno posti in votazione.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità*. Sull'ordine del giorno G/1698/10/12 chiedo una riformulazione, tendente ad eliminare dall'impegno del Governo le ultime due righe: «e di assicurare la piena obbligatorietà della copertura assicurativa, anche mediante l'istituzione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore».

PRESIDENTE. Senatore Zuffada, accetta la proposta di riformulazione?

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Sì, signora Presidente.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, esprimo parere conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal rappresentante del Governo, l'ordine del giorno G/1698/10/12 (testo 2) non viene posto in votazione.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge di stabilità*. Sull'ordine del giorno G/1698/14/12 propongo una riformulazione che tenga conto che è già vigente il Piano Alzheimer: occorre quindi conformare l'impegno del Governo all'attuazione di quanto già previsto dal suddetto Piano.

PRESIDENTE. Senatore Zuffada, accetta la proposta di riformulazione?

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Sì, signora Presidente.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, esprimo parere conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal rappresentante del Governo, l'ordine del giorno G/1698/14/1 (testo 2) non verrà posto in votazione.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità*. Sull'ordine del giorno G/1698/15/12 vi sono alcuni aspetti di riformulazione che toccherebbero anche criteri di ammissibilità. Devo dirlo, signora Presidente, perché le previsioni riguardano impegni che esulano dalle specificità della nostra Commissione. Si riformuli allora un ordine del giorno in riferimento ad azioni connesse alla competenza della Commissione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Sono d'avviso conforme a quello del relatore.

PRESIDENTE. Il punto è che non vorrei renderlo inammissibile perché è incentrato sull'amianto, tema sul quale abbiamo chiesto un affare assegnato. Tuttavia, in quest'ordine del giorno, la competenza sanitaria è relativa soltanto ad un punto. Per non bocciarlo o renderlo inammissibile, ma lasciando traccia di tale segnalazione, ne chiederei una riformulazione, mettendo in evidenza solo la parte che riguarda specificamente la sanità, perché la Commissione non ha competenza sull'indizione della gara d'appalto per i lavori. Non trattandosi di nostre competenze, in realtà sarebbe inammissibile; tuttavia, essendo un tema caro alla Commissione, manterremmo soltanto la parte seguente: «a valutare l'opportunità di predisporre l'indagine, al fine di verificare il numero di coloro i quali hanno contratto malattie a seguito dell'esposizione alle polveri di amianto», in modo tale che rimanga quest'elemento.

Senatore Zuffada, accetta la proposta di riformulazione?

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Sì, signora Presidente.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G/1698/15/12 (testo 2) non sarà posto in votazione.

L'esame degli ordini del giorno è così esaurito.

Prima di lasciare la parola al relatore perché possa illustrare lo schema di rapporto sui documenti di bilancio, desidero far presente che la presentazione è distinta dalla votazione dello stesso, pertanto, subito dopo la suddetta illustrazione, sarà possibile illustrare proposte di rapporti di minoranza, che, come abbiamo già ricordato stamattina, potrebbero essere messe in votazione, in seguito alla proposta di rapporto del relatore, solo qualora questa non venisse approvata.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge di stabilità*. Signora Presidente, sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di rapporto favorevole, con osservazioni, sui documenti di bilancio: «La 12^a Commissione permanente, esaminati i documenti in titolo, premesso che le risorse pubbliche

attribuite al finanziamento del Servizio sanitario nazionale 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 altissimo contenuto di competenze, ricerca e innovazione, nell'economia reale contribuisce al PIL secondo stime per il 12,5 per cento, presidia tutele di diritti posti a fondamento dell'identità e della coesione sociale e redistribuisce reddito sotto forma di servizi alla persona, proteggendo le fasce più deboli, soprattutto in condizione 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 tutelare nelle forme e nei contenuti più avanzati possibile, proprio nelle fasi più difficili, anche come strumento di governo della crisi economica stessa, formula un rapporto favorevole, con le seguenti osservazioni.

Al punto n. 1, fermo restando il principio secondo cui i risparmi conseguiti nella gestione dei servizi sanitari restano nella 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 sull'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.

Al punto n. 2, la prevista confluenza delle quote fino ad oggi vincolate a specifici obiettivi di tutela, di cui ai commi 229 e 230, 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 e sulla base di flussi informativi standardizzati.

Al punto n. 3, il grande contributo che il Servizio sanitario nazionale ha concretamente dato all'opera di contenimento della spesa pubblica e dei suoi 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 ed alta specialità) sia in quello delle cure primarie (cure domiciliari integrate ai non autosufficienti, oncologici, psichiatrici).

Al punto n. 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.

PRESIDENTE. Poiché la senatrice Taverna, prima firmataria della proposta alternativa di rapporto, pubblicata in allegato, è assente, detta proposta si intende illustrata.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Presidente, le chiedo una breve sospensione della seduta, onde consentire al mio Gruppo di ultimare la redazione di uno schema di rapporto alternativo.

PRESIDENTE. Accolgo la sua richiesta e dispongo conseguentemente la sospensione della seduta.

I lavori, sospesi alle ore 17,30, sono ripresi alle ore 17,50.

Riprendiamo i nostri lavori. Do quindi la parola al senatore D'Ambrosio Lettieri affinché possa illustrare la proposta di rapporto alternativo.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, considerate anche le richieste avanzate dai colleghi di maggioranza, per quel senso di *gentlemen-agreement* conterrò il mio intervento in pochissimi minuti, poiché credo di aver illustrato già in discussione generale i punti di perplessità che hanno accompagnato la nostra riflessione sul disegno di legge di stabilità, con specifico riferimento alle parti di competenza di questa Commissione. Ribadiamo pertanto le nostre gravissime preoccupazioni che purtroppo credo siano destinate ad aggravarsi sempre di più, forse compromettendo i livelli di coesione sociale. Mi riferisco ad una notizia di pochi minuti fa, che viene segnalata da un'estesa platea di cittadini

con riferimento all'inopinato trasferimento del farmaco Myleran, l'unico per la mielofibrosi e la leucemia granulocitica, dalla fascia A alla fascia C.

Questo comporta evidentemente un onere a carico del cittadino di ben 387 euro poiché non esistono alternative terapeutiche che possano andare bene per tutti i pazienti, come viene diffusamente certificato anche dagli specialisti.

Con ciò voglio dire che i tagli previsti ancora una volta al Fondo sanitario nazionale non soltanto determinano una beffarda contraddizione tra quanto stabilito dal Patto per la salute e quanto contenuto nel disegno di legge di stabilità, ma determinano anche un pregiudizio veramente grave sulla tenuta del sistema sanitario.

Tuttavia, i senatori di Forza Italia, in spirito di collaborazione – ometto naturalmente il valutato, il considerato e il preso atto del parere di minoranza – esprimono un parere favorevole, naturalmente condizionato. Sono condizioni minimali, riassunte in alcuni punti, che noi rimettiamo all'attenzione del Governo e che riteniamo rappresentino il minimo che si possa e si debba garantire per lasciare impregiudicato il livello essenziale di assistenza, così come oggi sancito dalle vigenti disposizioni di legge, in una logica di uniformità sul territorio, di universalità e di uguaglianza, cercando non soltanto di intervenire sul versante delle disuguaglianze, che sembra affiorino in modo sempre più inquietante, ma anche creando un minimo di coerenza nell'ambito dei provvedimenti.

Tutti ci facciamo carico della difficile congiuntura economica, e tuttavia nessuno di noi vuole perdere quel patrimonio straordinario che è rappresentato dal Servizio sanitario nazionale, reso in forma pubblica a beneficio di tutti i cittadini italiani.

Quindi, se il Governo vorrà esprimersi sulle condizioni che noi abbiamo posto, saremo felici di prendere atto di essere sulle posizioni del Governo. In via alternativa, esprimeremo naturalmente un parere fortemente e convintamente a sostegno di questa proposta che auspichiamo la Commissione voglia considerare con benevolenza nonché con la dovuta attenzione.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli schemi di rapporto illustrati.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere favorevole sullo schema di rapporto predisposto dal relatore.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). E sulla nostra proposta?

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, le ricordo 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 comunque trasmesse alla 5^a Commissione come rapporti di minoranza.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Ne prendiamo atto, Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Presidente, data la richiesta fatta dalla collega del PD di contenere i tempi, sono disponibile a rinunciare alla dichiarazione di voto a nome del mio Gruppo.

PRESIDENTE. Senatore, prendo atto della sua disponibilità, ma si tratta di una semplice richiesta rispetto ai tempi, che certamente non intacca la possibilità che ciascun Gruppo ha di fare la propria dichiarazione di voto, che nessuno ha intenzione di impedire.

DIRINDIN (*PD*). Signora Presidente, siamo favorevoli alla proposta di rapporto presentata dal relatore.

ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). A nome del Gruppo delle autonomie, preannuncio voto favorevole alla proposta di rapporto che ci è stata presentata poc'anzi.

TAVERNA (*M5S*). A nome del Movimento 5 Stelle, esprimo parere contrario sulla proposta di rapporto presentata dal relatore.

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Viste le indicazioni da parte del Governo, che non ha accolto le osservazioni espresse dal nostro Capogruppo, il Gruppo di Forza Italia voterà in senso contrario alla proposta di rapporto presentata dal senatore Bianco.

VICECONTE (*NCD*). Il Gruppo NCD esprime parere favorevole.

ANITORI (*MISTO*). Signora Presidente, il mio Gruppo esprime parere favorevole.

(La Presidente accerta la presenza del numero legale)

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità, formulata dal relatore.

È approvata.

In esito alla votazione testé effettuata, risultano pertanto preclusi i rapporti contrari di minoranza.

Avverto che, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento, insieme al rapporto favorevole con osservazioni, testé approvato, saranno trasmessi alla 5^a Commissione permanente i rapporti di minoranza illustrati dalla senatrice Taverna e dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

L'esame congiunto dei documenti di bilancio, per quanto di nostra competenza, è così concluso.

I lavori terminano alle ore 18,05.

ALLEGATO

**ORDINI 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, FUCSIA, PADUA, ROMANO

La 12^a 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 «sovravvissute» 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 7° 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 Research 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 12^a 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)»

premessò 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, FUCSIA, PADUA

La 12^a 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;

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 12^a 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 cirrosi, 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 12^a 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, FUCSIA

La 12^a 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)

premessò 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'adempiimento 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'installazione dal parte del Ministero della Salute e ad ampliare, in modo corri-

spondente, 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, FUCSIA

La 12^a 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)

premessò 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 review* 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;

premessò 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 12^a 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)

premessi 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 nocimento 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 determi-

nato, 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 12^a 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* cerebrale 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 dia-

gnosi 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, FUCSIA

La 12^a 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)

premessi che:

la normativa che disciplina le scuole di specializzazione di area sanitaria e che ne regola 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 (direttive 75/362/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'1^o 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'1^o 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, FUCSIA

La 12^a 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 regola 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 (direttive 75/362/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'1° 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'1° 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;

premessi 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'anosa 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 12^a 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)

premessi 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 appli-

cano 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 12^a 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 de-

creto 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

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, FUCSIA

La 12^a 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)

premessò 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'AAMBROSIO LETTIERI, ZUFFADA, RIZZOTTI, FLORIS, SCILIPOTI ISGRÒ,
VICECONTE, SCAVONE

La 12^a 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 12^a 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 terapeuta della riabilitazione non vedente;

il disposto della predetta legge è stata resa di fatto inapplicabile, poiché la figura professionale di terapeuta 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 terapeuti della riabilitazione dalla legge 29/1994.

G/1698/14/12 (testo 2)

D'AMBROSIO LETTIERI, ZUFFADA, FLORIS, SCILIPOTI ISGRÒ, RIZZOTTI, VICECONTE, SCAVONE, FUCKSIA

La 12^a 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 12^a 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);

premessi 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 12^a 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;

premessi, 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 de-fatiganti 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, FUCSIA

La 12^a 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);

premessi 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;

premessi, 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 12^a 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 qualificata, 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 12^a 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)»;

premessi 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 al fine 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 stanziare 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.

**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 CORRI-
SPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698**

La 12^a Commissione permanente;

esaminati i documenti in titolo;

premessi 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 suoi 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 12^a 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)»

premessi 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 deputati 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 giocod'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 per cento 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 al fine 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

del settore della sanità in quanto la sostenibilità del SSN non può essere garantito con stanziamenti inadeguati;

diritto alla vita evitando la soppressione di quelli senza proprietario rinvenuti vaganti sul territorio. Le risorse stanziare 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
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 12^a 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,

premessi 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, nonché 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, nonché i fenomeni corruttivi presenti nel Servizio sanitario nazionale al fine di recuperare 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 pato-

logie croniche e rare, nonché 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.

