



Assemblea

**RESOCONTO STENOGRAFICO
ALLEGATI**

ASSEMBLEA

630^a seduta pubblica (antimeridiana)
giovedì 19 maggio 2016

Presidenza del vice presidente Calderoli,
indi della vice presidente Fedeli

INDICE GENERALE

RESOCONTO STENOGRAFICO Pag. 5-84

ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta) 85-137

ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo)139-192

INDICE

RESOCONTO STENOGRAFICO

SUL PROCESSO VERBALE

PRESIDENTE	Pag. 5, 6
DIVINA (LN-Aut)	5
Verifiche del numero legale	5

PREANNUNZIO DI VOTAZIONI MEDIANTE PROCEDIMENTO ELETTRONICO

6

DISEGNI DI LEGGE

Seguito della discussione:

(1324) *Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale*

(154) *BIANCONI e D'AMBROSIO LETTIERI. – Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione*

(693) *MANDELLI e D'AMBROSIO LETTIERI. – Modifiche all'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265*

(725) *D'AMBROSIO LETTIERI ed altri. – Riordino della disciplina degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie*

(818) *SILVESTRO ed altri. – Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251*

(829) *BIANCO ed altri. – Norme in materia di riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie*

(833) *D'ANNA. – Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo*

(Relazione orale):

SANTANGELO (M5S)	Pag. 7
SCILIPOTI IGRÒ (FI-PdL XVII)	7
D'AMBROSIO LETTIERI (CoR)	11

SALUTO AD UNA DELEGAZIONE DELLA RAPPRESENTANZA IN ITALIA DEL PARLAMENTO EUROPEO

PRESIDENTE	16
----------------------	----

DISEGNI DI LEGGE

Ripresa della discussione dei disegni di legge nn. 1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833:

PRESIDENTE	16, 19, 20 e <i>passim</i>
SILVESTRO (PD)	16
ZUFFADA (FI-PdL XVII)	19
CIRANAIOLO (PD)	20
PADUA (PD)	22
D'ANNA (AL-A (MpA))	24, 44
MANDELLI (FI-PdL XVII)	27
MATTESINI (PD)	28
ROMANI Maurizio (Misto-Idv)	31
BIANCONI (AP (NCD-UDC))	35, 43
CIAETTI (M5S)	37
DIRINDIN (PD)	42
D'AMBROSIO LETTIERI (CoR)	44
CALDEROLI (LN-Aut)	45
FLORIS (FI-PdL XVII)	46
ZIZZA (CoR)	47
ROMANO (Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)	48

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Liberalpopolare-Autonomie (Movimento per le Autonomie): AL-A (MpA); Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Alternativa per l'Italia, Euro-Exit, M.P.L. – Movimento politico Libertas): GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL); 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; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL.

SALUTO AD UNA RAPPRESENTANZA DI STUDENTI

PRESIDENTE Pag. 50

DISEGNI DI LEGGE**Ripresa della discussione dei disegni di legge nn. 1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833:**

BIANCO (PD)	50, 51
DE BIASI (PD), relatrice	52, 60, 64 e <i>passim</i>
DE FILIPPO, sottosegretario di Stato per: la salute	55, 60, 64 e <i>passim</i>
FUCKSIA (Misto)	58, 60, 61 e <i>passim</i>
DIRINDIN (PD)	59
ORELLANA (Aut (SVP, UV, P ATT, UPT)-PSI-MAIE)	59, 60, 63 e <i>passim</i>
BIGNAMI (Misto-MovX)	60, 71
CENTINAIO (LN-Aut)	61, 68
SANTANGELO (M5S)	61
ROMANI Maurizio (Misto-Idv)	62, 63, 64
D'AMBROSIO LETTIERI (CoR)	67
GAETTI (M5S)	68
MANDELLI (FI-PdL XVII)	68
CARDIELLO (FI-PdL XVII)	68
SILVESTRO (PD)	68, 70
IDEM (PD)	68
CERVELLINI (Misto-SI-SEL)	68, 69, 70 e <i>passim</i>
PAGANO (AP (NCD-UDC))	69
MARINELLO (AP (NCD-UDC))	69
BENCINI (Misto-Idv)	69
ZIZZA (CoR)	69
MATTESINI (PD)	70
ROSSI Luciano (AP (NCD-UDC))	71
CANDIANI (LN-Aut)	73, 74
CALDEROLI (LN-Aut)	73, 74
Verifiche del numero legale	74

INTERVENTI SU ARGOMENTI NON ISCRITTI ALL'ORDINE DEL GIORNO

PRESIDENTE	77, 78, 79 e <i>passim</i>
TREMONTI (GAL (GS, Ppl M, Id, Apl E-E, MPL))	77
BONFRISCO (CoR)	78
LUCIDI (M5S)	79
DE PETRIS (Misto-SI-SEL)	79
CARRARO (FI-PdL XVII)	80
MALAN (FI-PdLXVII)	80
SANGALLI (PD)	80
QUAGLIARIELLO (GAL (GS, Ppl M, Id, Apl E-E, MPL))	81
CANDIANI (LN-Aut)	82
GIOVANARDI (GAL (GS, Ppl, M, Id, Apl, E-E, MPL))	82
BENCINI (Misto-Idv)	83

ALLEGATO A**DISEGNO DI LEGGE N. 1324**

Articolo 1, emendamenti e ordini del giorno	Pag. 85
Articolo 2, emendamenti e ordine del giorno	105
Articolo 3, emendamenti e ordini del giorno	109

ALLEGATO B**PARERI**

Pareri espressi dalla 1ª e dalla 5ª Commissione permanente sul testo del disegno di legge n. 1324 e connessi e sui relativi emendamenti	139
---	-----

INTERVENTI

Testo integrale dell'intervento della senatrice Granaiola nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi	140
Testo integrale dell'intervento della senatrice Padua nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi	143
Testo integrale dell'intervento del senatore Floris nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi	146

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA**SEGNALAZIONI RELATIVE ALLE VOTAZIONI EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA****CONGEDI E MISSIONI****CORTE COSTITUZIONALE**

Trasmissione di sentenze	168
------------------------------------	-----

MOZIONI E INTERROGAZIONI

Apposizione di nuove firme a mozioni	169
Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni	169
Mozioni	169
Interrogazioni	172
Interrogazioni con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento	180
Interrogazioni da svolgere in Commissione	191

RESOCONTO STENOGRAFICO

Presidenza del vice presidente CALDEROLI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,33*).
Si dia lettura del processo verbale.

DI GIORGI, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta *antimeridiana del giorno precedente*.

Sul processo verbale

DIVINA (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIVINA (*LN-Aut*). Signor Presidente, chiedo la votazione del processo verbale, previa verifica del numero legale.

Verifica del numero legale

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori, mediante procedimento elettronico.

(La richiesta risulta appoggiata).

Invito pertanto i senatori a far constatare la loro presenza mediante procedimento elettronico.

(Segue la verifica del numero legale).

Il Senato è in numero legale.

Ripresa della discussione sul processo verbale

PRESIDENTE. Metto ai voti il processo verbale.

È approvato.

Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato, nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Preannunzio di votazioni mediante procedimento elettronico

PRESIDENTE. Avverto che nel corso della seduta odierna potranno essere effettuate votazioni qualificate mediante il procedimento elettronico.

Pertanto decorre da questo momento il termine di venti minuti dal preavviso previsto dall'articolo 119, comma 1, del Regolamento (*ore 9,37*).

Seguito della discussione dei disegni di legge:

(1324) *Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale*

(154) *BIANCONI e D'AMBROSIO LETTIERI. – Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione*

(693) *MANDELLI e D'AMBROSIO LETTIERI. – Modifiche all'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265*

(725) *D'AMBROSIO LETTIERI ed altri. – Riordino della disciplina degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie*

(818) *SILVESTRO ed altri. – Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251*

(829) BIANCO ed altri. – Norme in materia di riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie

(833) D'ANNA. – Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo

(Relazione orale) (ore 9,38)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge nn. 1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833.

Ricordo che nella seduta pomeridiana di ieri la relatrice ha svolto la relazione orale e il senatore Tosato ha avanzato una questione sospensiva sulla cui votazione è mancato il numero legale.

Metto pertanto ai voti la questione sospensiva, avanzata dal senatore Tosato.

Non è approvata.

SANTANGELO (M5S). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SANTANGELO (M5S). Signor Presidente, le assicuro che questa volta non hanno alzato nemmeno la mano. Lei è nella possibilità di non fare la controprova perché spetta esclusivamente a lei, ma io sono in dovere, visto l'esito della votazione, di segnalarlo.

PRESIDENTE. Se abbiamo degli atti omissivi, ordino la chiusura delle porte. Procediamo alla controprova mediante procedimento elettronico.

Non è approvata.

Dichiaro aperta la discussione generale.

È iscritto a parlare il senatore Scilipoti Isgro'. Ne ha facoltà.

SCILIPOTI ISGRÒ (FI-PdL XVII). Signor Presidente, onorevoli colleghi, il provvedimento che ci troviamo ora a discutere in Aula è stato approvato il mese scorso dalla Commissione igiene e sanità del Senato, dopo un lungo e travagliato percorso. Stiamo parlando del provvedimento in materia sanitaria, il quale è nato dall'esigenza di adottare ulteriori misure per garantire una maggiore funzionalità in diversi settori, in particolare modo quelli degli ordini e delle professioni sanitarie, che contano oltre un milione di professionisti, e della sperimentazione clinica. Allo stesso modo, si è posto l'obiettivo di migliorare la funzionalità del Servizio sanitario nazionale e delle prestazioni erogate da esso, in modo da venire

incontro alle esigenze dei cittadini in maniera più adeguata e più qualificata.

Prima di discutere del provvedimento in questione, vorrei soffermarmi su un tema a me molto caro, per il quale ho condotto personalmente, e su diversi fronti, battaglie che mi hanno lasciato numerose cicatrici, ma sono fiero di averle combattute e per esse anche oggi in quest'Aula continuo a combattere.

Cosa vuol dire sanità? Cosa intendiamo noi parlamentari, noi che abbiamo la responsabilità di agire in difesa del popolo italiano, quando parliamo di servizio sanitario? Il mio pensiero va immediatamente alla dignità dell'essere umano, fatto a immagine e somiglianza del suo Creatore, e ai diritti inviolabili che rendono la vita un bene prezioso; alla fratellanza in Cristo, che ci impone di non guardare la pagliuzza nell'occhio dell'altro, che ci consiglia di non esibire in pubblico la mano che dona speranza a chi è più sfortunato, e che arriva persino a chiederci di pregare per i nostri peggiori nemici e per il loro bene; all'uguaglianza in suddetta dignità di tutte le persone e alla tutela del loro benessere, a prescindere da una condizione di Stato sociale, sesso, religione o etnia. Questo perché con tale provvedimento si vuole porre un nuovo riassetto della normativa vigente, che risale addirittura alla legge istitutiva degli Ordini del settembre del 1946, proponendo un sistema più aderente alle esigenze odierne e che possa assicurare la sua funzionalità nell'interesse dei cittadini. Per fare un esempio, da tempo esiste un problema serio, cui è urgente dare al più presto una risposta. Si tratta dell'irrigidimento delle attività e delle procedure della sperimentazione clinica, che non permette di adeguarsi in maniera rapida alle innovazioni sia tecniche che procedurali e che ha portato, inoltre, a una serie di criticità, come le diverse tipologie di contratto amministrativo per la sperimentazione, differenti da promotore a promotore e da amministrazione a amministrazione, o come il numero ridotto di centri di eccellenza in Italia.

Il testo qui presentato prova a dare una risposta, prevedendo la delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, seguito da un riordino e coordinamento delle disposizioni vigenti nel rispetto delle normative dell'Unione europea e delle convenzioni internazionali in materia, nonché nel rispetto degli standard internazionali per l'etica nella ricerca medica sugli esseri umani, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964 e dalle sue successive revisioni.

Sempre a proposito di sperimentazione clinica si prevede, inoltre, l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche nelle fasi dalla I alla IV, che prevedono la sperimentazione sulle persone; l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione dei centri dedicati agli studi, che devono fornire preliminari elementi per le valutazioni di sicurezza, sia su pazienti che su volontari, da condurre secondo i metodi della medicina di genere; l'individuazione delle modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica e a garantire l'assenza di conflitti di inte-

resse. Questo perché eventuali scoperte devono essere il frutto di una ricerca mirata al benessere della collettività, e non utilizzate per gli scopi economici di pochi industriali.

Il testo propone un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, con appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme, all'interno del Servizio sanitario nazionale, e procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto in ostetricia, attraverso il ricorso a tecniche di anestesia loco-regionale, ma avremmo potuto prevedere, ad esempio, anche le tecniche di medicina complementare, quali l'agopuntura e la moxibustione. Nel lontano 1996, io stesso dimostrai l'efficacia dell'agopuntura in ginecologia e nell'ostetricia come alternativa al Policlinico universitario di Messina, nel reparto all'epoca diretto dal professor Clemente Pullè, ed in seguito all'Hospital federal da Lagoa di Rio de Janeiro. Quanto da me detto può trovare riscontro negli Annali di agopuntura della scuola argentina di Buenos Aires, negli Annali di agopuntura della scuola francese del professor Ngvyen Van Nghi, a Parigi e Marsiglia, e nella Scuola di medicina complementare a Colombo in Sri Lanka.

Il punto focale del testo riguarda il riordino delle professioni sanitarie. Si tenta infatti di avviare una vera e propria rivoluzione nel settore attraverso la costituzione di nuovi albi, e il riconoscimento di nuove figure sanitarie. Vengono istituiti infatti ordini professionali, come quello per le professioni infermieristiche, le professioni di ostetrica, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ma non vengono delineati in modo chiaro percorsi formativi.

Inoltre, nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle Province, sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti e dei biologi. È prevista poi l'istituzione e la definizione della professione dell'osteopata, la cui attività è subordinata all'iscrizione al relativo albo, possibile solo per chi è in possesso della laurea abilitante o dei titoli equipollenti.

Nell'ambito delle professioni sanitarie sono inserite le professioni di biologo e di psicologo. Per l'Ordine degli psicologi restano invariate le attuali norme organizzative, mentre l'Ordine dei biologi è inserito nell'albo dei chimici.

Viene costituito l'elenco nazionale degli ingegneri biomedici e clinici presso l'Ordine degli ingegneri, con lo scopo di facilitare la circolazione di professionisti qualificati, con il vantaggio di avere una tecnologia efficace a supporto della diagnosi e della cura a costo sostenibile. La Commissione europea già da tempo preme per una ulteriore regolamentazione per quanto riguarda la professione dell'ingegnere biomedico, anche in considerazione del fatto che in Europa sono presenti oltre 25.000 imprese, soprattutto piccole e medie, che danno lavoro a ingegneri biomedici e ricercatori.

È introdotto un inasprimento delle pene in caso di esercizio abusivo della professione sanitaria o di maltrattamenti e sono previste circostanze aggravanti per i reati commessi contro le persone ricoverate presso strut-

ture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali.

Riguardo al tema delle sostanze dopanti il provvedimento introduce una fattispecie di estensione, al farmacista, delle pene previste per il reato di commercio attraverso canali diversi dalle farmacie di medicinali e sostanze farmacologicamente o biologicamente attive considerate sostanze dopanti. L'estensione è prevista nei casi in cui il farmacista, in assenza della prescrizione medica, dispensi tali farmaci e sostanze per finalità diverse da quelle proprie, ovvero da quelle indicate nell'autorizzazione all'immissione in commercio, con la previsione di pene da due a sei anni di reclusione e del pagamento di una multa da 5.164 a 77.468 euro.

Vengono inoltre definite ulteriori modalità per l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle attività ordinarie delle unità operative delle aziende del Sistema sanitario nazionale, con lo scopo di agevolare l'accesso dei giovani alla professione medica.

Un ulteriore aspetto trattato dal provvedimento in esame riguarda le norme sulle farmacie. Il testo conferma il divieto di compresenza in farmacia solo per le professioni di medico e farmacista. In altri termini, non potranno operare all'interno di una farmacia professionisti legittimati a prescrivere farmaci. Tutte le altre professioni, al contrario, sono ammesse. Nel caso in cui gli eredi siano tenuti a cedere la farmacia in mancanza di titoli universitari, il termine è stato innalzato da sei a quarantotto mesi.

Un'ultima e non meno importante novità riguarda l'istituzione della professione di chiropratico e del relativo registro presso il Ministero della salute. Il rischio che nuove leggi, in un ambito così delicato come la sanità, possano portare a gravi ricadute sulla sicurezza e sull'affidabilità dell'organizzazione della salute pubblica è sempre presente ed è per questo necessaria un'attenta e precisa analisi al riguardo.

Nei prossimi cinque anni si prevede che ci sarà una carenza di offerta sanitaria professionale dovuta allo sbilanciamento tra il numero di medici e veterinari del Sistema sanitario nazionale che andranno in pensione ed il numero di nuovi laureati in medicina e chirurgia e in veterinaria. Ciò richiede, quindi, un ripensamento più adeguato ed efficiente del nostro sistema sanitario, sempre più martoriato dai continui tagli alla spesa pubblica, tenendo presente anche il recente calo dell'aspettativa di vita, che si registra per la prima volta nella storia dell'Italia.

Occorre altresì considerare che quella del medico è, in primo luogo, una missione da svolgere con professionalità: laddove è necessario e giusto rielaborare specializzazione e competenze in base alle continue modifiche della società, in termini di necessità del paziente e progressi della ricerca, non dobbiamo dimenticarci che una buona metà dell'intera professione è rappresentata dal rapporto con gli ammalati. Ippocrate ci insegna che bisogna entrare nelle case per portarvi sollievo e lo stesso San Luca, da medico e fratello in Cristo, fu l'unico ad accompagnare Paolo nei durissimi giorni del carcere, fino all'atroce supplizio che gli si parava dinanzi.

Anche nel Levitico, in particolare nei passi relativi alla cura della lebbra o di altre malattie che provocano alterazione della pelle, si evidenzia l'importanza di una diagnosi accurata. Il malato veniva condotto dal sacerdote, responsabile del benessere spirituale, fisico e psicologico del proprio popolo, al fine di tenerlo in osservazione, senza affrettarsi ad emettere una prognosi negativa, per sbarazzarsene prima possibile. Al contrario, nelle nostre università la semeiotica medica non viene più considerata materia obbligatoria ed è stata tolta dal piano di studi. Eppure la Bibbia ci insegna che nessun malato, soprattutto cronico, va abbandonato al proprio destino, tanto meno eliminato in funzione di un'aspettativa di vita basata su meri calcoli statistici, che troppo spesso non coincide con la reale morte. Lo stesso Gesù ci insegna che la vita è sacra e lo fa proprio in quell'uliveto in cui verrà arrestato per essere portato al Tempio, in catene, come un criminale: ammonisce San Pietro, che stava cercando di difenderlo con la forza e la violenza, ricordandogli che «chi di spada ferisce, di spada perisce». Una dimostrazione di compassione evangelica vera e radicale, che in Italia si svolge nel quotidiano di una corsia ospedaliera costantemente sotto organico, dove mancano posti letto, medicinali, addirittura garze o siringhe, e dove i miracoli, nonostante la buona volontà degli ultimi angeli che vi lavorano, purtroppo non avvengono più a causa della necessità di fare cassa.

Non posso fare a meno di ricordare in quest'Assemblea le mie continue battaglie contro le *lobby* del farmaco e lo stato di precarietà lavorativa in cui versano persone che dovrebbero salvarci la vita. Lo ripeto: riorganizzare o modernizzare è giusto, ma la cosa importante è tenere sempre a mente che la sofferenza non può attendere ed è mio dovere di cittadino, di medico, di politico e di cristiano non voltarle mai le spalle, lavandomi le mani e la coscienza con la consapevole bugia di un futuro più organizzato e moderno,

Concludo, signor Presidente, ribadendo una verità innegabile: in campo medico organizzazione e modernità non devono significare produttività e profitto, ma devono essere asservite al bene comune in nome dell'unica vera solidarietà, che è quella evangelica. (*Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore D'Ambrosio Lettieri. Ne ha facoltà.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signor Presidente, signori del Governo, colleghe e colleghi, la Presidente della Commissione igiene e sanità, che è anche relatrice del provvedimento, mi ha cortesemente – e anche correttamente – chiesto di sedere ai banchi della Commissione. Credo infatti sia giusto che la politica esca dal perimetro asfittico di una contesa che molto spesso ci allontana dal conseguimento degli obiettivi e dia – anche plasticamente se possibile – alla comunità un senso di unità, allorché ricorrano le condizioni e quando vi sia una ragionevole conver-

genza di vedute, di sensibilità e di valutazioni, che portano al conseguimento di un medesimo obiettivo.

Ebbene, credo che il faticoso lavoro compiuto in Commissione igiene e sanità vada in questa direzione e di ciò non ho difficoltà a rendere merito alla Presidente della Commissione, che in qualità di relatrice ha condotto tale lavoro con grande equilibrio e con una disponibilità, che posso definire inedita, rispetto all'accoglimento delle posizioni, delle obiezioni, delle valutazioni e delle perplessità, che si sono sostanziate non solo in sede di discussione generale, ma anche attraverso l'elaborazione e la presentazione di emendamenti, molti dei quali sono stati approvati in Commissione e alcuni dei quali approdano all'Assemblea per un ulteriore e più collegiale approfondimento.

Ebbene, credo che quel sistema di lavoro sia la traccia più interessante, come metodo: parte dalla 12ª Commissione il segno di una politica che recupera il proprio ruolo, la propria funzione e probabilmente, attraverso questo recupero, si candida anche a riparare quel corto circuito che si è determinato nel tempo tra la piazza e il palazzo.

Entriamo ora nello specifico. Il percorso è stato lungo, tormentato, accidentato, tribolato, non privo di *scoop* dell'ultimo momento, come ricorderà la mia amica e collega Laura Bianconi, che si sono determinati, anche nella scorsa legislatura, relativamente ai disegni di legge attinenti parte degli argomenti che formano oggetto di questo disegno di legge cosiddetto Lorenzin (talvolta chiamato anche *omnibus* Lorenzin), rimanendo lei, come me, basita in merito a inaspettate e improvvisi deviazioni di percorso: provvedimenti approvati in Commissione igiene e sanità a voti unanimi arrivavano in Assemblea e in Assemblea accadeva di tutto. Credo che questa volta il «di tutto» non accadrà, se non la conferma di un lavoro approfondito, circostanziato, puntuale, che anche grazie alla presenza del Governo si è potuto svolgere consegnando all'Assemblea oggi e – auguro a me stesso e alla politica – al Paese domani un provvedimento assolutamente necessario, coerente con i tempi, misurato, equilibrato, utile per una serie di motivi.

Entriamo nel merito con un percorso molto rapido sugli aspetti che, a mio sommo avviso, rappresentano i punti caratterizzanti di questo disegno di legge.

Avevo fatto cenno al fatto che fosse un disegno di legge *omnibus*: non è più tale. Ci siamo resi conto, nel corso dell'esame, che il provvedimento era assai complesso ed esteso a materie sì contigue ma eccessivamente rilevanti, al punto tale da non poter essere affrontate tutte nello stesso contesto normativo. È questo il motivo per il quale siamo partiti con un disegno di legge di 26 articoli e arriviamo in Assemblea con 14 articoli; alcuni di questi introducono norme aggiuntive e vi sono poi diverse proposte di stralcio di materie che credo affronteremo presto e meglio perché attengono ad argomenti relevantissimi. Ne cito solo due: la sicurezza alimentare e la sicurezza veterinaria, che rappresentano punti di forza nell'azione legislativa che sorregge un impianto normativo funzio-

nale alle esigenze di una sanità più sicura e al conseguimento di maggiori e migliori obiettivi di tutela della salute.

L'articolo 1 reca una delega al Governo in materia di riordino delle norme sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano. Io sono stato un fervido censore delle deleghe al Governo; lo sono stato perché molto spesso sono state deleghe indefinite, larghe e ampie, che hanno portato, poi, non poche sorprese. Questa è una delega «palettata», come si dice in gergo, ben circoscritta, dove la funzione del Governo è individuata in modo puntuale e preciso. Credo che essa vada nella direzione di semplificare, per un certo verso, le norme in materia di sperimentazione, ma sempre garantendo – anzi, più e meglio di quanto non accadesse prima – i requisiti necessari affinché quella sperimentazione conduca fuori da conflitti di interesse. Attraverso una migliore declinazione dei principi di trasparenza, emergono le finalità di una sperimentazione che, naturalmente, deve servire primariamente, in modo deciso ed evidente, al conseguimento di nuovi sistemi di terapia che concordino con i progressi delle scienze mediche e farmaceutiche.

Il riferimento, nell'articolo 1, alle modalità di conduzione dei sistemi di sperimentazione anche nella garanzia della medicina di genere, credo confermi quanto quest'Assemblea ha più volte ribadito – e non solo in provvedimenti legislativi ma anche in altri atti, come mozioni e interrogazioni, che sono prerogative parlamentari – vale a dire il principio della necessaria e migliore definizione della medicina di genere come presupposto di maggiore qualità e di garanzia.

Ancora, nell'articolo 1 sono riportate parole straordinariamente importanti recuperate dal vocabolario del legislatore con una declinazione concreta, che non è così aleatoria o sospesa nell'auspicio e nei desideri ma si attua attraverso indicazioni puntuali e precise rivolte al Governo per la delega. Sono parole come indipendenza, assenza di conflitti di interesse e trasparenza degli atti. Mi sembra assolutamente non poco.

Per quanto riguarda l'articolo 2, credo sia un po' lo specchio dei tempi. Finalmente si arriva ad introdurre nei livelli essenziali di assistenza il parto indolore: una conquista di civiltà.

Per quanto riguarda l'articolo 3, credo sia il più discusso, quello attorno al quale si sono concentrati gli interessi e le attenzioni, talvolta convergenti e talvolta profondamente divergenti e difformi rispetto alla disciplina degli ordini professionali. Colleghe e colleghi, il dibattito sugli ordini professionali dura, irrisolto, da diversi decenni. Abbiamo necessità di fare un passo in avanti e di assumere una decisione che abbiamo preso in Commissione sanità. Davanti al bivio che separa lo scioglimento degli ordini professionali – decisione che ci avrebbe iscritto all'albo di coloro i quali ritengono che gli ordini professionali siano un elemento di impedimento allo sviluppo della migliore e maggiore concorrenza all'interno del mondo delle professioni – dalla strada che invece abbiamo scelto perché più convincente e adeguata rispetto alle effettive necessità, e cioè restituire agli ordini professionali – e nella fattispecie agli ordini professionali delle funzioni sanitarie – la loro funzione pubblicistica, abbiamo preso questa

decisione nella consapevolezza che il punto di criticità di questa analisi non stava nelle strozzature ideologiche – ordini sì, ordini no – ma nella constatazione che la normativa di riferimento degli ordini professionali è datata 1946.

Colleghe e colleghi, 70 anni fa veniva approvato il decreto luogotenenziale n. 233 del Capo provvisorio dello Stato. Ne è passata di acqua sotto i ponti dal 1946. È cambiato un mondo e noi abbiamo preteso che in questi 70 anni gli ordini continuassero a declinare le proprie funzioni pubblicistiche ispirandosi a quell'impianto normativo assolutamente inadeguato, lacunoso, inattuale e superato. Evidentemente da quell'impianto normativo non poteva che derivare un'azione degli ordini professionali insufficiente e talora addirittura una funzione che ha tradito le sue iniziali prerogative. Credo tuttavia che quelle prerogative siano state recuperate in modo preciso. Sapete perché, colleghe e colleghi? Per un semplice motivo. Nel testo di legge è scritto in modo chiaro ed inequivocabile che gli ordini «sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato». Prima si usava il termine «ausiliare», mentre oggi si parla di «organi sussidiari», sulla base del principio prezioso di sussidiarietà che, nella declinazione verticale dei compiti, dallo Stato fin giù al territorio, garantisce di più e meglio, nel comparto che stiamo esaminando, le esigenze del cittadino.

Attraverso l'attività di vigilanza e di controllo e i compiti che nell'articolo 3 vengono dettagliati puntualmente, in relazione ai percorsi formativi e alla verifica che quei medesimi percorsi vengano seguiti con puntualità e diligenza dagli iscritti agli albi, si determinano le condizioni di una garanzia sulla qualità, sull'appropriatezza, sull'efficacia e sull'efficienza delle prestazioni professionali. Questo è un fatto assolutamente importante.

A questo si aggiungono anche aspetti di non poco conto, che hanno rappresentato un'ombra – per così dire – sulla funzione e sull'autonomia degli ordini professionali. L'azione disciplinare, fino ad oggi concentrata nello stesso organo rappresentativo della professione, il consiglio direttivo, da domani, con l'approvazione di questo disegno di legge, sarà affidata a due momenti distinti e distanti, allontanando lo spettro dei conflitti di interesse, della poca trasparenza e di una funzione disciplinare che si attenua, sino ad annullarsi, per motivazioni spinte dalla logica della corporazione, che ha il sopravvento sulla funzione pubblicistica. Tutto questo non accadrà più, perché vi è una separazione fra la funzione giudicante e la funzione istruttoria; mi sembra cosa assolutamente non da poco.

Non mi attardo sugli aspetti di maggiore rilievo, che ancora potrei evidenziare in relazione all'articolo 3. Mi limito a ricordare che, rispetto al tribolato percorso dell'Atto Senato n. 154 nella precedente legislatura, che prevedeva l'istituzione di ben 18 albi professionali, noi abbiamo fatto un *restyling* essenziale, puntuale e preciso. I collegi degli infermieri e delle ostetriche vengono trasformati in ordini. Vorrei riferire un fatto se-

mantico. Nel 1946 c'era la distinzione solo per i percorsi formativi diversi: i primi avevano un percorso che non prevedeva la laurea, gli altri (medici, farmacisti e veterinari) avevano invece la laurea. Oggi tutti hanno la laurea e tutti sono giustamente classificati in ordini.

C'è inoltre la trasformazione del collegio dei tecnici sanitari di radiologia medica in Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie e tecniche della riabilitazione e della prevenzione. Quindi all'interno di questo Ordine confluisce la professione di assistente sanitario. Credo sia un ammodernamento che disciplina, puntualizza e precisa, senza tuttavia essere pletorico rispetto alla proliferazione di nuovi ordini.

Un altro punto che è stato per alcuni aspetti controverso riguarda l'istituzione dell'Ordine della professione di osteopata. Liquido subito il dibattito che ha conosciuto anche fuori da quest'Assemblea toni gravi e insufficientemente giustificati anche dal punto di vista del merito. La Commissione 14ª, nell'esprimere il proprio parere in merito al disegno di legge, dice espressamente che le figure professionali di osteopata, agopuntore e chiropratico, di cui si prevede la regolamentazione, sono già previste in alcuni Paesi europei con un livello di qualificazione che varia da tre a quattro anni di formazione universitaria, a più di quattro anni.

Anche qui, sgomberiamo il campo dagli equivoci; non ci sono attenzioni e premure per alcuni e distrazioni per altri. C'è la necessità di dare garanzie al cittadino perché il disegno di legge ha un elemento centrale nel suo obiettivo: dare garanzia di efficacia ed efficienza al cittadino, tutelandolo sotto il profilo della salute pubblica. Non è possibile che ci siano attività professionali che non siano disciplinate e riconosciute perché – attenzione, mi rivolgo anche a chi oggi ottiene questo traguardo – ottenere il riconoscimento vuol dire assumere delle responsabilità in ordine anche alla declinazione di principi di appropriatezza e di qualità e credo che questo sia accaduto.

Concludo, Presidente, con due riferimenti rapidi all'atteso e necessario recepimento dell'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, che sostanzialmente prevede la possibilità di svolgimento nella farmacia di attività che non siano quelle del medico, mantenendo sostanzialmente fede alla volontà di Federico II, si tengono separate le attività di dispensazione da quella di prescrizione, perché il rischio comparaggio è in agguato. Tuttavia, alle professioni sanitarie non dotate di potestà legislativa si consente la possibilità di svolgimento dell'attività nella farmacia. Ciò vuol dire che si dà attuazione alla legge sulla farmacia dei servizi.

Credo che questo disegno di legge sia adeguato alle aspettative del Paese per quanto riguarda l'equilibrio e la sua assoluta rispondenza alle esigenze dei tempi. In tal senso ritengo possa essere valutato con la necessaria attenzione anche da parte dell'Assemblea. (*Applausi dal Gruppo CoR*).

Saluto ad una delegazione della Rappresentanza in Italia del Parlamento europeo

PRESIDENTE. Salutiamo una delegazione della Rappresentanza in Italia del Parlamento europeo che sta assistendo ai nostri lavori. (*Applausi*).

Ripresa della discussione dei disegni di legge nn. 1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833 (ore 10,19)

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Silvestro. Ne ha facoltà.

SILVESTRO (*PD*). Egregio Presidente, signore senatrici, signori senatori, intervengo sul disegno di legge su cui stiamo riflettendo e ragionando dopo aver ascoltato con molta attenzione gli interventi che mi hanno preceduto e che hanno evidenziato tutte le caratteristiche di questo disegno di legge, oggi presentato e dibattuto in Aula a titolo «Disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, per la promozione della prevenzione e di corretti stili di vita». Questo provvedimento riporta norme che si riferiscono ad aree tematiche diverse, ancorché collegate da un filo rosso conduttore: tutte ineriscono ai molteplici ambiti che caratterizzano la salute e la sanità del nostro Paese.

La mia riflessione e il sostegno fortemente convinto all'intero disegno di legge sono comunque orientati ai numerosi articoli che trattano il tema delle professioni sanitarie.

Finalmente, dopo un lasso temporale ben più che decennale, si è giunti, da una parte, al riordino e alla novellazione delle norme che riguardano i modelli e le strutture di valutazione, validazione e rappresentanza delle professioni sanitarie; dall'altra, a dare pari riconoscibilità e dignità anche a numerose professioni sanitarie già regolamentate con specifici profili delineati e formalizzati con appositi decreti dal Ministero della salute e che, da oltre un ventennio, si formano in università attraverso percorsi di laurea triennale, quinquennale e *master* di primo e secondo livello. Queste ultime professioni sanitarie, peraltro, sono ancora inopinatamente mantenute prive di propri albi professionali, oppure con albi professionali inseriti nella struttura collegio, piuttosto che in quella di ordine.

Il riordino e la novellazione delle norme inerenti alle professioni sanitarie e i modelli e le strutture di loro validazione, valutazione e rappresentanza, possono compiutamente essere definite come un ulteriore passo in avanti non tanto e non solo per gli oltre 1,2 milioni di professionisti sanitari operativi nel nostro Paese, quanto per i cittadini italiani ed europei

che fruiscono delle loro prestazioni professionali e del loro impegno assistenziale.

La tanto attesa riforma ordinistica in sanità si lascia alle spalle, finalmente, un percorso tortuoso e accidentato fatto di *stop and go*, di speranze e acerbe delusioni rese ancora più incomprensibili per l'acclarata evidenza di quanto il previgente e attuale impianto ordinistico avesse bisogno di un'ampia ridefinizione nei contenuti, nelle forme di partecipazione al voto, nei modelli di *governance* interna (sia a livello locale che regionale e nazionale), nei rapporti con le diverse istituzioni e con i propri professionisti, nei contatti e nella rete di rapporti con la collettività e con i singoli cittadini, che diventano attori protagonisti nella gestione, attraverso la mediazione, dell'eventuale e sperabilmente raro contenzioso.

Non sono però unicamente questi gli elementi positivi inseriti e contenuti nei disegni di legge; altrettanto importanti sono anche altri ed ulteriori aspetti che con il provvedimento in argomento, approvato all'unanimità dalla 12ª Commissione del Senato, avvicinano ancora di più il nostro Paese all'Unione europea, in quanto facilitano la realizzazione dei disposti di due recenti decreti legislativi. Mi riferisco al decreto legislativo 4 marzo 2014 n. 38, recante attuazione della direttiva n. 24 del 2011 dell'Unione europea concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva n. 52 del 2015 dell'Unione europea, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle etichette mediche emesse in un altro Stato membro; nonché al decreto legislativo 28 gennaio 2016 n. 15, recante attuazione della direttiva n. 55 del 2013 dell'Unione europea, del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica delle direttive nn. 36 del 2005 e 1024 del 2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno IMI. In entrambe le direttive, integralmente recepite dal nostro Paese con i succitati decreti legislativi, viene dato e riconosciuto un ruolo significativo agli ordini professionali sanitari e alle funzioni che tali enti dovranno svolgere a favore dei cittadini proprio per la loro funzione di enti pubblici non economici che agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dell'ordinamento, connessi all'esercizio professionale.

Il decreto legislativo n. 38 del 2014, all'articolo 5, dispone che i pazienti di un altro Stato membro dell'Unione europea hanno diritto a informazioni su vigilanza e valutazione dei prestatori di assistenza sanitaria e su quali di loro sono soggetti a standard e orientamenti per le opzioni terapeutiche su fatture, prezzi ed onorari, su *status* di autorizzazione dei professionisti, sulla loro copertura assicurativa, responsabilità professionale o altri mezzi di tutela personale e collettiva. Sempre il decreto legislativo n. 38 del 2014, all'articolo 7, dispone che gli attivandi punti di contatto per l'assistenza sanitaria transfrontaliera forniscano anche informazioni sui prestatori di assistenza sanitaria e sul loro diritto ad esercitare o sulle restrizioni all'esercizio professionale. Nel decreto legislativo di cui trattasi, si afferma infine, all'articolo 11, che l'Italia si impegna affinché le informazioni sul diritto di esercizio professionale dei professionisti sanitari

iscritti nei registri nazionali o locali stabiliti nel territorio nazionale siano, su richiesta, messi a disposizione degli altri Stati dell'Unione europea. Su tutte queste partite gli ordini professionali svolgono un ruolo fondamentale proprio a supporto delle norme che lo Stato ha in attuazione.

Ancora, il decreto legislativo n. 15 del 2016 definisce, all'articolo 4, come professione regolamentata l'attività o l'insieme delle attività il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione in ordini o collegi o in albi, registri ed elenchi tenuti da amministrazioni o enti locali pubblici, se l'iscrizione è subordinata al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità.

Nello specificare che sono regolamentate le attività attinenti al settore sanitario nei casi in cui il possesso di una qualifica professionale è condizione determinante ai fini della retribuzione delle relative prestazioni o dell'ammissione al rimborso, l'articolo 8-*bis* definisce che gli ordini o i collegi professionali informano le autorità competenti di tutti gli altri Stati membri, mediante un'allerta attraverso il sistema IMI, dei provvedimenti che limitano o vietano ad un professionista, anche solo a titolo temporaneo, l'esercizio totale o parziale sul territorio nazionale di indicate professioni sanitarie.

A questo punto è ben evidente, dunque, il ruolo fondamentale che gli ordini professionali sanitari dovranno svolgere a favore dei cittadini-pazienti per quanto attiene ai dati, alle informazioni, alle competenze dei loro iscritti e alla garanzia di professionalità di cui questi ultimi devono essere in possesso. È altrettanto ben evidente che l'uniformità applicativa delle norme ordinistiche a tutte le professioni sanitarie fornirà e darà maggiori garanzie ai cittadini tutti, oltre che ai professionisti iscritti.

Credo sia importante sottolineare, a conclusione di questo intervento, che gli ordini professionali sono emanazione della volontà dello Stato e dei professionisti di darsi delle regole chiare, trasparenti e lineari per un esercizio professionale di alta qualità e di garanzia nei confronti dei loro assistiti, e che tali organismi sono e saranno completamente autofinanziati dai professionisti stessi. Un ulteriore contributo dato dagli stessi al buon andamento del sistema salute nella sua globalità, senza ulteriori oneri per i cittadini e per le istituzioni.

Quello degli ordini e dei professionisti iscritti agli albi è, quindi, un impegno a favore dell'intera collettività sociale, che potrà contare su solidi, attenti alleati per combattere l'abusivismo professionale, l'opacità fiscale ed amministrativa, l'autoreferenzialità professionale e anche, di contro, per sostenere e verificare il costante aggiornamento delle competenze professionali, la manutenzione delle conoscenze e delle abilità attraverso il contributo fornito alle istituzioni per la definizione del fabbisogno e dei contenuti formativi.

Un grande obiettivo, dunque, garantire risposte appropriate e pertinenti anche ai nuovi ed emergenti bisogni di salute dei cittadini e preservare l'enorme e fondamentale patrimonio di valori, conoscenze, scientificità e solidarietà che sottendono e informano il nostro Servizio sanitario nazionale.

Per tutto questo auspicio una convinta approvazione del disegno di legge oggi al nostro esame. (*Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Bencini*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Zuffada. Ne ha facoltà.

ZUFFADA (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, mi riallaccio al discorso fatto dal collega D'Ambrosio Lettieri relativamente alla soddisfazione da lui manifestata circa il lavoro svolto in Commissione sanità su questo provvedimento.

Credo sia la dimostrazione – ove mai ce ne fosse bisogno – della necessità e dell'opportunità che il Governo non usi, come spesso e volentieri fa, un'azione muscolare di prendere o lasciare, soprattutto proponendo provvedimenti cosiddetti *omnibus*. Infatti, come la Commissione ha ritenuto opportuno – peraltro in accordo con il Sottosegretario alla salute qui presente – si sono stralciate alcuni parti del provvedimento, non perché non meritevoli di attenzione, ma in quanto necessitavano assolutamente di un approfondito esame a parte. Parlo della sicurezza alimentare e della sicurezza veterinaria, tanto richiamate nei giorni precedenti relativamente alla salvaguardia dei famosi prodotti *made in Italy*, ma importanti soprattutto in relazione alla garanzia di una sicurezza alimentare nei confronti dei cittadini. Quindi bisognerebbe, d'ora in avanti, approfittare dell'esempio dato dalla Commissione sanità per evitare, su alcune questioni, di fare un discorso di maggioranza e opposizione, per cercare invece di giungere al provvedimento migliore, entrando nel merito della questione. Il provvedimento che esce dalla Commissione è infatti ampiamente modificato nel merito rispetto al disegno di legge proposto dal Governo.

È opportuno, visto che si parla tanto di Parlamento (e la Commissione ha dato dimostrazione delle sue possibilità), che anche l'Assemblea e il Parlamento si riappropriino delle loro funzioni.

Mi auguro che il passaggio alla Camera del provvedimento possa avere, come è accaduto in Commissione sanità, un'ampia condivisione, visto che c'è stata ampia discussione e ampia partecipazione. Non c'è mai stata una posizione della maggioranza che si sia sovrapposta o che abbia schiacciato le posizioni dell'opposizione; si è fatto un gran lavoro di audizione di tutte le persone interessate, e soprattutto (e questo credo sia l'aspetto più importante dal punto di vista politico), malgrado sollecitazioni a volte anche eccessive da parte di – chiamiamole così – *lobby*, la Commissione si è appropriata della propria autonomia decisionale e, dopo aver sentito tutti, ha deciso nell'interesse più generale e non nell'interesse particolare.

Questo credo sia l'aspetto politico fondamentale e più importante, utile nel prossimo futuro per fare in modo che le Commissioni – e la Commissione sanità ne ha dato testimonianza – entrino nel merito delle questioni nell'interesse più generale e non nell'interesse particolare.

Il provvedimento certamente non è il migliore in assoluto. Ricordavo prima che partiamo da alcuni provvedimenti del 1946, ed è evidente che il

mondo è cambiato anche in materia sanitaria e nelle professioni; quindi bisogna riconoscere quali sono le novità, le opportunità e soprattutto le garanzie per quanto riguarda i cittadini e in particolare i pazienti, perché sappiano a chi rivolgersi con garanzie da parte del potere dello Stato. Questo è il punto fondamentale.

Ritengo che in questo ultimo sprazzo di legislatura – vedremo come andrà il *referendum* – il problema del bipolarismo e soprattutto il problema del bicameralismo diano ampia soddisfazione, perché se qualcosa deve e può essere modificato venga fatto nell'interesse più generale, come il provvedimento in Commissione ha saputo fare.

Ringrazio i componenti della Commissione per la partecipazione attiva. Si tratta di uno dei provvedimenti per i quali, a titolo personale, sono più soddisfatto per come si è discusso e per il punto a cui si è arrivati. Auguri e buon lavoro a tutti voi. (*Applausi dai Gruppi FI- PdL XVII e PD*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Granaiola. Ne ha facoltà.

GRANAIOLA (*PD*). Signor Presidente, questo disegno di legge contiene tematiche complesse e diversificate che, come ci ricordava il senatore Zuffada, abbiamo esaminato in Commissione sanità in modo molto analitico, approfondito, anche attraverso un percorso partecipato e l'audizione di molti soggetti interessati, che ci ha portato alla formulazione di disposizioni molto attese come il riordino delle professioni (sulle quali non entrerò perché ci sono colleghi che lo hanno fatto e lo faranno meglio di me), o di principi come l'individuazione delle modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica, l'assenza di conflitti di interesse e l'indipendenza dello sperimentatore. Inoltre, l'articolo 6 prevede l'aggravante per i reati contro le persone presso strutture sanitarie e sociosanitarie, residenziali o semiresidenziali. È insopportabile quello che troppe volte ci viene restituito dalla cronaca. Sono negli occhi e nei cuori di tutti le tragiche immagini di anziani maltrattati in strutture sanitarie o sociosanitarie. Questo articolo 6 è davvero di grande importanza.

Mi soffermerò invece sulle questioni che più mi stanno a cuore come la medicina di genere. Per lungo tempo, la differenza tra uomini e donne è stata ignorata o considerata un fattore secondario nello sviluppo di nuove soluzioni farmacologiche e nell'individuazione di trattamenti e forme di prevenzione delle patologie. Il pregiudizio secondo cui il corpo della donna è uguale a quello dell'uomo ha pervaso la medicina ed è duro a morire. Ancora oggi tale pregiudizio inficia gran parte della ricerca medica e farmaceutica. I risultati ottenuti nell'uomo vengono acriticamente trasposti nella donna, secondo un errore metodologico grave che ha portato, non dobbiamo dimenticarlo, a due grandi tragedie: quella del talidomide, che ha avuto come esito la nascita di bambini focomelici, questione ancora in discussione in Parlamento, in attesa di una soluzione giusta e dignitosa che ci auguriamo possa arrivare presto, o quella del dietilstilbe-

strolo, un estrogeno che veniva somministrato durante la gravidanza e che poteva causare complicanze e neoplasie nelle bambine.

Adottare in campo sanitario e farmaceutico una prospettiva di genere vuol dire ridisegnare i trattamenti, includere espliciti obiettivi di genere attraverso programmi di prevenzione, formazione del personale medico, parità di accesso ai servizi sanitari, significa cambiare le basi della ricerca e la sperimentazione clinica prevedendo che ad essa partecipino con un'adeguata presenza sia donne che uomini.

L'evoluzione della ricerca e della formazione medica in questo campo è molto recente e piuttosto lenta. Per questa ragione è particolarmente importante che la 12ª Commissione abbia integrato il disegno di legge originario prevedendo uno specifico riferimento alla medicina di genere nella delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica.

L'articolo 1, come modificato dalla Commissione, infatti, nel delineare i principi e i criteri direttivi della delega precisa, alla lettera c), che l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase 1, sia su pazienti che su volontari sani, sia da condurre con un approccio metodologico di medicina di genere.

È ormai diffusa la convinzione che sia necessario un approfondimento scientifico del fatto che donne e uomini presentano, nell'arco della loro esistenza, patologie differenti o differenti sintomi di una stessa patologia. La conoscenza delle differenze di genere favorisce, infatti, una maggiore appropriatezza della terapia ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi. Nonostante esistano significative differenze che influenzano diversamente il metabolismo dei farmaci nelle donne, rispetto agli uomini, una buona parte delle molecole, come ad esempio alcuni psicofarmaci, non è stata sperimentata sulla popolazione femminile. Salvo alcuni argomenti e mi riservo di consegnare la relazione, ma voglio ricordare una cosa molto importante.

Questa legge prende atto di tali novità e, con l'articolo 2, imprime un'accelerazione nel campo delicatissimo del dolore connesso al parto, un campo storicamente carico di significati simbolici. L'articolo 2 prevede, infatti, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza riguardo alle prestazioni di controllo del dolore nel parto, inserendo le prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto anche, ma non solo, nel ricorso a tecniche di anestesia loco regionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti. La 12ª Commissione ha precisato che l'aggiornamento dei LEA deve tenere conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Il provvedimento al nostro esame segna, dunque, un primo importante passo avanti nell'affermazione dei diritti delle donne, nell'affermazione della differenza femminile come valore anche nel campo fondamentale della prevenzione, della malattia e della cura. La diffusione dell'anal-

gesia porterà sicuramente ad una contrazione dei parti cesarei, riportandolo su valori medi nazionali. Inoltre, la maggiore diffusione delle tecniche avanzate di anestesia comporterà la diminuzione dei tempi di degenza delle partorienti e dei neonati.

La medicina di genere è, infatti, un pilastro nella costruzione di sistemi sanitari innovativi e fondati sull'idea di appropriatezza delle cure.

La salute delle donne è il paradigma dello stato di salute di un'intera popolazione e rappresenta la cartina di tornasole delle pari opportunità in un settore rilevante, anche da un punto di vista costituzionale, qual è quello della salute.

Signor Presidente, chiedo l'autorizzazione a consegnare il mio intervento agli atti.

PRESIDENTE. La Presidenza l'autorizza in tal senso.
È iscritta a parlare la senatrice Padua. Ne ha facoltà.

PADUA (*PD*). Signor Presidente, gentili colleghe e colleghi, innanzitutto vorrei esprimere un sincero ringraziamento alla relatrice per l'ottimo e paziente lavoro svolto in Commissione in tanti mesi di ascolto dei numerosi professionisti e associazioni del settore sanitario.

Era assolutamente necessario dare ordine, trasparenza, sicurezza sia agli operatori che ai pazienti, soprattutto dopo l'introduzione, negli ultimi venti anni circa, delle innovative professioni sanitarie. C'era, inoltre, assoluta necessità di un riordino complessivo della disciplina degli ordini professionali.

Proprio per il rispetto che si deve alle persone che hanno necessità di cure, c'era bisogno che ci fosse un aumento delle pene per coloro che esercitano abusivamente la professione: serve assicurare i pazienti ma anche i tanti, tantissimi professionisti che ogni giorno svolgono con dedizione e abnegazione il proprio lavoro, facendo in modo che la nostra sanità, e lo possiamo dire con orgoglio, possa ancora essere tra le migliori al mondo. Per questo abbiamo la previsione di pene che possono essere aumentate da un terzo fino alla metà di quanto previsto dall'articolo 348 del codice penale, in materia di esercizio abusivo.

Altro importante segnale di grande attenzione alle persone più fragili è la modifica dell'articolo 61 del codice penale in materia di circostanze aggravanti, che consente di punire più severamente coloro che commettono reati a danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o socio sanitarie residenziali o semiresidenziali. Pensiamo a quante volte ci affliggiamo o ci siamo rattristati per notizie di cronaca che riguardano ragazzi e ragazze disabili accolti in centri residenziali o semiresidenziali; o anziani accolti nelle case di riposo e talora maltrattati, come sentiamo dai fatti di cronaca, quando invece avrebbero bisogno di maggiore assistenza.

Come è stato sottolineato poc'anzi dalla senatrice Granaiola, ma mi piace ritornare sulla questione toccandone altri aspetti, una delle più significative innovazioni introdotte in Commissione durante l'esame del disegno di legge, su cui vorrei soffermare la mia attenzione, è il riferimento

esplicito, all'articolo 1, alla medicina di genere. D'altronde, non poteva non essere così in un'Assemblea del Senato così colorata di rosa. Finalmente siamo riuscite a dare un tocco diverso!

La garanzia di un approccio metodologico in materia di sperimentazione clinica fondato sulla medicina di genere rappresenta un passo fondamentale compiuto nell'universo sanitario e volto a organizzare approcci terapeutici differenziati che sappiano tener conto delle differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne. In tal modo sarà possibile orientare percorsi specifici per le donne, anche in relazione al settore della ricerca medica. La pubblicazione del Quaderno del Ministero della salute del 22 aprile scorso si inserisce proprio nell'ottica di sviluppare un contesto di riferimento appropriato volto a dare il rilievo che merita alla dimensione di genere.

Le differenze biologiche e socio-culturali tra gli uomini e le donne influenzano l'incidenza delle malattie, la presentazione clinica e gli effetti delle terapie, rappresentando un punto di rilievo interessante. Dunque, la prospettiva di genere, come già evidenziato negli anni '90 dalla IV Conferenza mondiale sulle donne, è da includere all'interno di una scelta politica, soprattutto riguardo alla salute fisica e mentale, dato che la ricerca in campo medico è stata fondata prevalentemente sugli uomini.

Il genere, in relazione alle più recenti politiche sanitarie europee, è stato ritenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità, come un elemento essenziale per la promozione della salute, nella direzione dello sviluppo di approcci terapeutici differenziati e specifici per donne e uomini.

Capisco che debbo concludere, ma non posso non riflettere, signor Presidente, sull'equilibrio psichico della donna – poi consegnerò il testo integrale del mio intervento – che sente gli effetti della sua complessa fisiologia soprattutto in alcuni momenti. Pensiamo al *post partum* e alla menopausa, ma pensiamo anche al problema della depressione che nel corso della vita delle donne ha un'incidenza quasi doppia rispetto agli uomini.

Vorrei anche ricordare un'altra patologia emergente che coinvolge soprattutto le ragazze e le giovani, che concerne il comportamento alimentare: passiamo dall'anoressia alla bulimia con dati che sono estremamente preoccupanti e che vanno attenzionati.

Ancora, se l'aspettativa di vita per le donne è maggiore rispetto a quella degli uomini, la qualità della vita ad un certo punto è peggiore e questo si evince soprattutto dopo una fascia di età. La qualità della vita è decisamente peggiore, proprio perché le donne si sono fatte carico, durante tutta la loro vita, di un servizio di cura nei confronti della famiglia, dei figli e dei genitori, cercando di conciliarlo con i problemi del lavoro.

Da ultimo, ma non ultimo in ordine di importanza, mi lasci ricordare con grande soddisfazione, Presidente, la modifica all'articolo 2 del disegno di legge che prevede finalmente l'estensione di una pratica a tutto il nostro Paese. Più volte abbiamo evidenziato come la risposta di salute sia disomogenea nel nostro Paese e così si verifica che in alcune ASL le donne vengano assistite, qualora lo richiedano, nella fase del parto e nel travaglio parto, da una possibile azione analgesica. Questo però suc-

cede soltanto in alcune ASL, mentre ora, con l'inserimento e la condivisione dell'Assemblea di questa norma, così come ha detto bene il senatore Zuffada – che ringrazio per la sua onestà intellettuale – sarà possibile in tutto il Paese. Questo perché in Commissione sanità abbiamo lavorato insieme, come per la verità succede molto spesso, confrontandoci con grande onestà intellettuale e abbiamo approvato all'unanimità questa norma che fa crescere il nostro Paese anche sotto il profilo del genere.

Spero che l'Assemblea possa approvare velocemente questo provvedimento, perché certamente è un buon segnale che diamo innanzitutto ai pazienti, ai cittadini che chiedono risposte di salute, ma anche ai tanti professionisti che ogni giorno si impegnano. (*Applausi dai Gruppi PD, FI-PdL XVII e AP (NCD-UDC)*).

Chiedo alla Presidenza di poter consegnare il testo integrale del mio intervento, affinché sia pubblicato in allegato al Resoconto della seduta odierna.

PRESIDENTE. La Presidenza l'autorizza in tal senso.
È iscritto a parlare il senatore D'Anna. Ne ha facoltà.

D'ANNA (*AL-A (MpA)*). Signor Presidente, do per scontato l'apprezzamento per il lavoro che ha svolto la Commissione ed il fatto che il testo sia stato licenziato all'unanimità è la migliore espressione di una sinergia e di una sintonia che, al di là delle diverse appartenenze politiche, è stata raggiunta.

Va dato atto alla presidente De Biasi di questa ritrovata unità, ma non è che questo provvedimento risolva i problemi, che sono ancora molteplici, affinché il Servizio sanitario nazionale possa essere ancora più efficiente e soprattutto possa essere compatibile con le risorse finanziarie assegnate.

Non voglio sembrare un bastian contrario, ma continuo a ripetere che tutti gli sprechi e gli sperperi che la gestione statale della sanità determina sono soldi sottratti ai malati e alla possibilità di incrementare e migliorare l'assistenza. È invece noto che questo aspetto, al di là dei personali convincimenti, viene trascurato, quasi che lo Stato, depositario di un'etica superiore dei fini, potesse continuare impunemente a sprecare e a sperperare, senza che questo possa essere oggetto di censura o senza che questo vada a gravare sulla parte meno abbiente della popolazione. Come dimenticare la stagione dei *ticket*? Come dimenticare il fatto che la sanità è la terza voce di spesa e, quindi, con i suoi 110 miliardi di euro rappresenta il terzo gravame per il bilancio dello Stato?

C'è qualcosa che non funziona e di cui dovremmo preoccuparci. Prima di me i colleghi hanno fatto dei rilievi sull'inappropriatezza di alcune pratiche, sui fenomeni di malasanià e vessazione su vecchi e bambini che rimbalzano dalla cronaca, nonché sulla necessità di approntare nuovi protocolli terapeutici per patologie che oggi non sono adeguatamente sostenute dal Sistema sanitario nazionale. Tutti questi rilievi non sono *sine causa*, in quanto non nascono dalla malvagità dei legislatori,

né dalla casualità, pertanto la riflessione che vorrei pacatamente fare in quest'Aula è che ci si dovrebbe domandare perché il nostro Sistema sanitario, che spesso, in maniera autoreferenziale, riteniamo tra i migliori del mondo, continua a produrre lacrime e sangue per coloro il cui reddito è al di sopra di una certa soglia, i quali si vedono praticamente offrire servizi per le sole urgenze ed emergenze, essendo tutto il resto soggetto al pagamento del *ticket* o dell'intera prestazione. Si tratta di un sistema che continua a fare debiti e che vede alcune Regioni (alcune più buone, altre meno buone) affannarsi nel garantire, anzitutto, la libera scelta del cittadino.

La cosiddetta riforma De Lorenzo ebbe il grande merito di consentire ad ogni cittadino di poter scegliere il professionista e il luogo di cura. Successivamente, il ministro Bindi, con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, limitò questo esercizio, per la parte non statale, alla determinazione di contratti, che, caro Sottosegretario, sono stati utilizzati in alcune Regioni per sviare surrettiziamente l'utenza obbligata a servirsi solo delle strutture pubbliche. Venendo meno i principi di competizione e di concorrenza, si è avuto un servizio più scadente, perché la clientela veniva assicurata al di là della qualità e dell'efficienza del servizio. È un sistema, questo, che vessa i cittadini.

Se non rimuoviamo le modifiche che, malauguratamente, il ministro Bindi apportò ai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, all'interno del nostro Sistema sanitario non ci sarà mai competizione. E come laddove c'è il monopolio privato c'è la legge del profitto (che non va confuso con i profittatori), laddove c'è il monopolio pubblico c'è la strafottenza (mi sia consentito l'uso di questo termine) di coloro che, avendo lo stipendio assicurato, venendo pagati a piè di lista e vedendo ripianati tutti i debiti che fanno, puntualmente ogni anno, danno il meglio di sé quando e come vogliono.

Dobbiamo ragionare sull'architettura e su questi meccanismi. Invece, continuiamo a lamentarci ed è una gara di tipo solidaristico tra chi è più buono e chi lo è meno. Io forse sembro meno buono perché metto il coltello nella piaga, perché vivo sulla mia pelle di professionista, da trentacinque anni, questa sperequazione.

Dico questo non per tutelare interessi diffusi di una categoria, che pure sono legittimi. Attenzione. Lo dico, caro Sottosegretario, perché se il sistema non arriva ad inserire una leale competizione tra ambiti statali e non statali, mettendo al centro delle attenzioni il cittadino e la sua possibilità di scegliere il presidio sanitario e il professionista, avremo un'Italia a due velocità, in cui nel Centro-Nord si è obbligati ad utilizzare le strutture statali (ovviamente obblighiamo chi non ha la tasca piena, perché chi ha la tasca piena se ne frega dell'obbligo). Tutto ciò, signor Sottosegretario, in un sistema sanitario in cui lo Stato divide il Fondo sanitario non tenendo conto della diversa produzione di ricchezza delle Regioni. Un cittadino lombardo spende 1.860 euro, che corrispondono alla quota capitaria, e ci rimette altri 550 euro di tasca propria. Un cittadino della Calabria spende 1.860 euro e ha la possibilità di mettere 150 euro di tasca

sua. Questi 400 euro di differenza, che rappresentano il *gap* che non riusciamo a colmare, non sono riconosciuti dallo Stato, per cui abbiamo le Regioni canaglia, che sono quelle che devono friggere il pesce con l'acqua, e le Regioni virtuose, la cui popolazione può sopperire con propri mezzi e con proprie risorse al *deficit* del sistema. Quando faremo una discussione del genere in questa sede?

I complimenti di rito li ho fatti e qualche esempio lampante l'ho offerto, ancora una volta, alla riflessione del Governo e dei miei autorevoli colleghi della 12ª Commissione. Consentitemi di dire che nel disegno di legge al nostro esame ci sono due cose che non vanno. C'è un errore materiale, che pregherei il Governo di rimuovere e che credo sia sfuggito anche alla Commissione, nelle norma con cui si dispone, dopo 50 anni, che i biologi possano finalmente entrare tra le professioni sanitarie – è passato mezzo secolo: lo evidenzio per far capire ai colleghi come funziona e quanto veloce è il sistema – invece di scrivere il «Consiglio nazionale dell'Ordine dei biologi» è stato scritto il «Consiglio dell'Ordine nazionale dei biologi», che è cosa diversa.

L'altra cosa che non va riguarda una delle nuove professioni sanitarie che vengono riconosciute, ovvero quella dei chiropratici. Dovrebbe essere previsto e specificato, anche se si tratta di una legge delega, che così come accade per le altre professioni sanitarie, anche i chiropratici debbano conseguire una laurea magistrale e credo anche un corso di specializzazione, perché per tutte le altre professioni che entrano nella dimensione sanitaria è previsto il massimo della formazione e della specializzazione.

Mi avvio dunque alla conclusione: la salute è trascurata, perché quando uno ce l'ha, non se ne cura, e inizia a preoccuparsene quando viene meno. Credo che il nostro compito sarebbe quello di avere cura della salute di tutti, con un sistema basato sull'efficienza, sulla produttività, sulla competenza e sul merito. Ebbene, serve un sistema flessibile, che garantisca la libera scelta del cittadino e che garantisca anche un altro tipo di finanziamento, che è quello a prestazione. Infatti, oggi, con la quota *pro capite* prescindiamo dal dare risorse a quelle strutture pubbliche che erogano prestazioni di maggiore complessità e di migliore qualità. Abbiamo già introdotto, nella legge finanziaria da poco approvata, il criterio per cui tutti gli ospedali vengano parametrati con pagamento a prestazioni secondo delle tariffe. Estendiamo questo criterio ovunque, perché deve essere finanziato chi produce e chi eroga prestazioni di qualità, chi è accorsato e scelto dall'utente. Non si può continuare ad avere in Campania 94 ospedali e in Sicilia 106, perché quello – diciamolo – è l'emblema del politico di turno, che esibisce l'ospedale zonale come il raggiungimento di uno scopo. Quelli sono ospedali inutili e pericolosi e chiuderli significa creare poli di eccellenza e credo che da queste Aule dovrebbero essere emanate norme come il pagamento a prestazione, che inducano questi ospedali, che sono ricettacoli del nulla, a chiudere.

Concludo con un esempio, rivolgendomi al mio collega Bianco. Se pagassimo l'ospedale Cardarelli di Napoli a prestazione, nonostante le barriere fuori dalla porta, l'ospedale, pagato a DRG, chiuderebbe il 30 giu-

gno. Immaginate qual è lo spreco e lo sperpero nel più grande ospedale del Mezzogiorno. Continuando a pagarlo a piè di lista, il Cardarelli produce 100 milioni di euro di debito all'anno, chiunque vada a gestire la Regione Campania, e quei 100 milioni sono sottratti alla povera gente. (*Applausi dal Gruppo AL-A (MpA)*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Mandelli. Ne ha facoltà.

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, rappresentanti del Governo, colleghi, va premesso che nel testo del provvedimento approvato dalla 12ª Commissione troviamo indubbiamente novità positive e, come qualcuno ha ricordato, anche lungamente attese, dal 1946. Per esempio, l'aver reso operante il concetto di medicina di genere, ormai patrimonio universale della comunità scientifica, l'aver introdotto norme sulla sperimentazione clinica e sulle modalità di revisione dei LEA. E, a proposito dei primi due articoli, vale la pena di sottolineare il giusto spirito di semplificazione che percorre la materia trattata.

Quanto alle professioni sanitarie, sono indubbiamente positivi sia la trasformazione dei Collegi in Ordini, che il riconoscimento del ruolo professionale, con l'istituzione di Ordini e Albi, di alcune figure sanitarie che ricoprono un ruolo sempre più importante nella tutela della salute dei cittadini: mi riferisco ai biologi, agli psicologi, ai chimici e ai fisici e al passaggio di queste quattro professioni sotto la vigilanza del Ministero della salute. Ma anche l'istituzione di nuove professioni, come quella di chiropratico e quella di osteopata, e l'accorpamento nell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, di professioni sanitarie tecniche, come quelle della prevenzione e riabilitazione, che non hanno ancora Albi professionali pur essendo regolamentate. Infine, l'istituzione, presso l'Ordine degli ingegneri, dell'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici è sicuramente un fatto importante.

Tali misure vanno senz'altro a tutelare i professionisti, ma soprattutto, ed è quello che ci deve interessare di più, i cittadini, che fruiscono delle loro prestazioni in maniera certa e sicura.

Ritengo, poi, sia un passo avanti fondamentale aver riassorbito nel testo che stiamo discutendo il disegno di legge n. 693 che io ho presentato all'inizio di questa legislatura. Tale proposta è volta a modificare l'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, così da permettere esplicitamente all'interno della farmacia l'esercizio delle altre professioni sanitarie, con l'ovvia eccezione di quelle abilitate alla prescrizione, come ha ricordato qualche collega prima di me: medico, odontoiatra e veterinario. Finalmente si allinea questa materia alle necessità del modello della farmacia dei servizi introdotto dalla legge n. 69 del 2009, a tutto vantaggio del servizio che potremo offrire ai cittadini.

Sono anche stati apportati miglioramenti della normativa che renderanno più agile e meno onerosa la vita degli Ordini professionali, come la previsione che i consigli direttivi durino in carica quattro anni. A questo

proposito, preannuncio che ho presentato un emendamento – che poi illustrerò – per uniformare il mandato dei consigli nazionali, in analogia a quelli provinciali, con una durata di quattro anni.

Altrettanto significativo, per quanto riguarda i procedimenti disciplinari, è aver introdotto una separazione tra la funzione istruttoria e quella giudicante. Tuttavia, non possiamo tacere qualche zona d'ombra e non possiamo nascondere che questa distinzione poteva essere meglio articolata ed essere accompagnata da una maggiore graduazione delle sanzioni. Da sempre, infatti, gli Ordini professionali si trovano nell'impossibilità legale di commisurare, come ho detto, con la giusta gradualità, le sanzioni alle violazioni commesse e questo è sicuramente un elemento che rende più difficile contrastare i comportamenti illeciti.

Infine, vorrei fare un rilievo che credo sia il più importante e che nasce dalla riaffermazione contenuta nel testo, per me essenziale che gli Ordini delle professioni sanitarie sono enti pubblici non economici e organi sussidiari dello Stato, ovviamente con tutte le implicazioni che questo ruolo comporta in seno alle attività che sono volte ad assicurare la tutela della salute. Al riguardo, devo ricordare a tutti che ciò non comporta alcun esborso da parte dello Stato, perché i collegi degli Ordini vivono dei contributi degli iscritti senza sussidi statali.

Il punto è che il testo conferma la costituzione degli Ordini professionali nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle Province vigenti al 31 dicembre 2012. Il mio pensiero, oggi, in queste ore, in questi giorni, va dunque alla riforma costituzionale che sarà oggetto di *referendum* confermativo in autunno. Infatti, proprio alla luce delle considerazioni svolte, si aprono due scenari: se la riforma passa, avremo un'organizzazione provinciale degli Ordini nonostante le Province siano state abolite dalla riforma costituzionale, con una evidente asimmetria, per cui le Province non esisteranno più, ma esisteranno per gli Ordini. Nel secondo scenario, la riforma non passa e quindi la sanità rimane una competenza regionale, per cui mi chiedo, proprio per l'esperienza di questi anni, come una rappresentanza professionale provinciale potrà rapportarsi in maniera efficace e coerente nella rappresentanza regionale cui fa riferimento. Questa, secondo me, è un po' l'incompiuta, il nodo ancora da sciogliere: di fronte ad una riforma costituzionale importante, rimane un'asimmetria che, nell'uno e nell'altro caso, non potrà che essere affrontata al più presto, per rendere davvero gli Ordini più moderni e capaci di rispondere alla sfida che vogliono portare avanti. (*Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Mattesini. Ne ha facoltà.

MATTESINI (*PD*). Signor Presidente, quello che stiamo discutendo e che approveremo è un provvedimento di grande rilevanza, anche per la profonda innovazione che contiene. Una innovazione che parte dal Capo I e dall'articolo 1, che tratta il tema della sperimentazione clinica dei medicinali e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, e lo dico a

partire dalla medicina di genere, che è un approccio diverso ed innovativo, indispensabile per superare le disuguaglianze di salute. Questo è uno dei temi più rilevanti, perché la promozione della ricerca e della sperimentazione differenziata in base al genere è necessaria per affrontare le disuguaglianze di salute e per garantire la parità di trattamenti e di accesso alle cure, nonché l'appropriatezza delle cure stesse.

Per lungo tempo la differenza tra uomini e donne è stata considerata un fattore secondario, sia nello sviluppo di nuove soluzioni farmacologiche che nella individuazione di forme di prevenzione e trattamento delle patologie. Lo dimostra, fra l'altro, una tradizione di studi registrativi effettuati prevalentemente su pazienti maschi e l'effetto di questa minore presenza di donne nei *trial* è quello di terapie che non sempre e non pienamente sono adeguate alle esigenze della salute e cura delle donne. Invece, la medicina di genere è uno dei modi migliori, ad esempio, per dare concretezza al concetto di centralità del paziente, sia nella ricerca e nella messa a punto di trattamenti efficaci ed innovativi, sia per la personalizzazione delle cure.

La dimensione di genere nella salute è una necessità di metodo e di analisi ma diviene anche uno strumento di governo del sistema. Dunque, riconoscere la differenza di genere diventa essenziale per delineare i programmi, organizzare l'offerta di servizi e garantire l'appropriatezza. Siamo tutti impegnati, in questo tempo, a sostenere e rafforzare la qualità del Sistema sanitario nazionale e sappiamo bene che per dare concretezza a questo obiettivo servono politiche di appropriatezza delle cure, di efficacia nell'uso delle risorse nonché delle prestazioni, ed in tal senso la medicina di genere è uno degli elementi compositivi di questa sfida. Per questo sottolineo anche l'importanza e la modalità con la quale tale principio è stato tradotto all'interno dell'articolato del disegno di legge. Infatti andiamo ad individuare le modalità per l'attivazione e l'ottimizzazione dei centri clinici da condurre con approccio metodologico di medicina di genere, nonché, come ho detto, la necessità che la sperimentazione clinica sui medicinali, debba essere svolta su una adeguata rappresentatività di genere.

Inoltre, si prevede anche una cosa importante che riguarda la formazione: per l'eventuale istituzione di *master* in conduzione e gestione di studi clinici controllati, si stabilisce che debba includersi la farmacologia di genere.

Altrettanto importante è l'articolo 2, quello sull'aggiornamento dei LEA, che stabilisce in modo chiaro che essi debbano tener conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme nel Sistema sanitario nazionale.

Ho parlato di grande innovazione e mi riferisco ancora al Capo I, parlando dell'importanza della delega al Governo per il riassetto e la riforma delle normative in materia di sperimentazione clinica di farmaci innovativi, sostanzialmente per rafforzare la ricerca clinica. Rilevante è il fatto che andiamo a potenziare esattamente la sperimentazione clinica, il cui obiettivo è quello di migliorare, potenziare e dare trasparenza ed effi-

cacia alla ricerca clinica, attraverso scelte significative come la definizione di procedure di valutazione e di autorizzazione nella sperimentazione clinica, nonché l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati, così come l'individuazione di modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica e garantire l'assenza di conflitti di interesse, ed ancora con la definizione dei contenuti minimi che devono contenere i contratti di sperimentazione, che attestino terzietà, imparzialità e indipendenza degli sperimentatori, e quindi anche la definizione di procedure per la verifica dell'indipendenza dello sperimentatore.

In questo senso, attribuisco un'ulteriore importanza, assolutamente rilevante, al comma 2, lettera *n*), dell'articolo 1, che riguarda la revisione normativa relativa agli studi clinici senza scopi di lucro. Tra l'altro, questa è una richiesta fortemente sostenuta da tutte le associazioni del *non profit*. È davvero di grande rilievo la promozione e il sostegno della ricerca indipendente e dell'iniziativa formativa che promuove e sostiene la medicina interna, perché la sperimentazione clinica corrisponde alla capacità di leggere e di governare i processi, garantendo anche il miglioramento dell'assistenza e della cura. Auspico che il Governo, con i decreti attuativi, sostenga e rafforzi ulteriormente la ricerca clinica *non profit*, soprattutto sotto due aspetti: garantire l'uso delle risorse già a disposizione e semplificare le procedure amministrative, comprese le assicurazioni, per sperimentazioni, così come indicato dal regolamento europeo n. 536 del 2014, in particolare per le sperimentazioni cliniche a basso livello di intervento.

Termino sottolineando anch'io l'importanza dell'articolo 6, che, con riferimento all'articolo 61 del codice penale, definisce come circostanze aggravanti l'aver compiuto reati in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o sociosanitarie, residenziali o semiresidenziali. Questo è un primo importante segnale, una risposta importante ai troppi episodi che si verificano, così come ci dimostrano le cronache, nei confronti di anziani non autosufficienti o di disabili, persone che hanno necessità di una cura attenta, amorevole e di grande professionalità. Io so che certo non basta intervenire sulla pena: dovremmo affrontare in modo celere e più generale la questione a partire dalla prevenzione e dalla formazione del personale piuttosto che dai controlli. Ma intanto questo provvedimento si fa carico del pezzetto di propria competenza. Ritengo che anche questo sia uno degli elementi che hanno testimoniato, intorno a questo provvedimento, una grande unità e una grande discussione, appassionata e competente, in Commissione e mi sembra che anche in Aula ci sia lo stesso sostegno. L'auspicio è che questo disegno di legge venga approvato rapidamente e che altrettanto rapidamente la Camera possa recepirlo. (*Applausi dai Gruppi PD e AP(NCD-UDC)*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Romani Maurizio. Ne ha facoltà.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, anch'io mi aggiungo a tutti i commenti positivi che sono stati fatti sul lavoro in Commissione sanità, cui anch'io ho partecipato. È vero che questo disegno di legge contiene una delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, oltre che in materia di aggiornamento dei LEA, di riordino delle professioni sanitarie e, infine, sulla dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Partendo dalla sperimentazione clinica, in Commissione sanità si è posta la nostra attenzione rispetto agli *standard* internazionali per l'etica della ricerca medica sugli esseri umani, con la definizione delle procedure per la verifica dell'indipendenza e dell'imparzialità degli sperimentatori e, infine, per far sì che in questa sperimentazione ci sia un'adeguata rappresentanza di genere. Sono tutte cose che sembrano scontate a questo punto, ma che hanno avuto un'ampia discussione in Commissione.

Detto questo, credo che, siccome si tratta di una legge delega, dobbiamo anche dire cosa avremmo potuto fare e cosa ancora siamo in grado di fare per poter migliorare questo nostro lavoro.

Dato che l'articolo 2 introduce il riferimento alla medicina di genere, che rivolge una particolare attenzione ad una fase importante della vita della donna come il parto, spererei che con il tempo un'analogia attenzione venga data anche alle fasi che precedono il parto e in proposito mi viene mente una cosa sulla quale ho discusso più volte anche in Aula, che è l'interruzione volontaria di gravidanza. Secondo me sarebbe giusto affrontare in maniera consapevole il problema dell'obiezione di coscienza, cioè il famoso articolo 9 della legge n. 194 del 1978. Che ci siano reparti di ginecologia dove si arriva al 90 per cento di obiettori è scandaloso, visto che il servizio pubblico deve garantire l'interruzione volontaria di gravidanza a tutte le donne che fanno questa scelta che – ricordo – è sempre una scelta dolorosa e non viene fatta così, tanto per piacere. Non dobbiamo nemmeno, come è successo in quest'Aula, nasconderci dietro i numeri statistici. Se infatti in un ospedale c'è il 50 per cento di obiettori e in un altro il 90 per cento, diciamo che il servizio è garantito perché siamo intorno ad una media del 70 per cento. Ritengo che dovremmo fare in maniera che in ogni reparto di ginecologia sia garantito questo servizio e per questo i non obiettori dovrebbero essere il 70 per cento e non viceversa. Spero che il Parlamento si attivi per risolvere questo problema.

Nell'articolo 2 parliamo anche dell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevedendo dei percorsi terapeutici di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Sistema sanitario nazionale. È una scelta importante quella di inserire nei LEA le procedure per il controllo del dolore, sia nel travaglio che nel parto, anche attraverso il ricorso all'anestesia locoregionale. Quello che manca, a mio avviso, è che non riusciamo ad inserire nei LEA le prestazioni per la procreazione medicalmente assistita. Vengono erogati dal Sistema sanitario nazionale i farmaci che sono necessari alla procreazione medicalmente assistita e non inseriamo le prestazioni. Questo, secondo me, è paradossale, anche perché, a seguito della sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale, che

ha dichiarato incostituzionale la legge n. 40 del 2004 nella parte in cui vieta le tecniche di fecondazione eterologhe, avremo un aumento di questa tecnica. Il Censis, come apprendiamo da una notizia di oggi, ci dice che una coppia su tre paga il trattamento di tasca propria e la cifra si aggira oltre i 5.200 euro. I centri pubblici sono pochi e lunghe sono le liste di attesa. Teniamo presente che la percentuale di gravidanze su donne trattate è attualmente al 22 per cento.

Veniamo ora al riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie. Anch'io mi associo al fatto che era giusto finalmente modificare questa struttura e di farlo in maniera così precisa e puntuale. Diciamo anche, però, che uno dei problemi principali degli Ordini sanitari, ma in pratica di tutti gli Ordini professionali, è quello della democrazia interna e della trasparenza degli atti. La trasparenza non è un fatto che riguarda solamente gli iscritti agli Ordini, ma anche i cittadini, in quanto le decisioni di questi Ordini hanno sicuramente ricadute certe sulla società. Non solo; dalle modalità di elezione dei vertici sia a livello provinciale che nazionale, derivano tutta una serie di cariche (previdenziali, tipo quelle per le pensioni, o per la gestione dei beni immobiliari) e di consulenza presso organismi istituzionali interni al Sistema sanitario nazionale. Aumentare il livello di democrazia interno agli Ordini è dunque, secondo me, prioritario. Sino ad ora gli accordi tra le entità di maggior peso all'interno degli Ordini hanno determinato eletti e politiche senza che all'interno delle assemblee elettive sia stato possibile avere una vera e propria opposizione riconosciuta dal voto degli iscritti.

Sarebbe quindi necessario che le elezioni avvenissero nel riconoscimento di liste contrapposte. Posso dire che questo tema riguarda da vicino l'Ordine dei medici-chirurghi: pensate che a Firenze, su 7.000 iscritti, vanno a votare soltanto 1.500 medici, perché sanno che tanto quella sarà la lista vincitrice e sanno anche che non ci sarà una vera democrazia all'interno dell'Ordine, senza che all'interno delle assemblee elettive sia stato possibile avere una vera opposizione riconosciuta per il voto degli iscritti. Su questa base, ho proposto un emendamento con cui chiedo che chi ottiene la maggioranza dei voti prenda il 70 per cento degli eletti, mentre il restante 30 per cento venga dato alla seconda lista che ha ottenuto il maggior numero di voti tra quelle presenti. Questo sicuramente permetterebbe di avere una maggiore affluenza al voto degli iscritti all'Ordine.

Inoltre, proprio a protezione da eventuali conflitti di interesse sarebbe opportuno che per gli organismi provinciali e nazionali la durata in carica sia di quattro anni, per non più di due mandati consecutivi, imponendo di fatto un ricambio automatico delle rappresentanze: fino ad oggi, infatti, ci sono stati Presidenti che hanno raggiunto e superato i dieci anni di mandato.

Altrettanto importante, secondo me, è la questione del peso che ogni singolo ordine ha sull'elezione di organismi nazionali. Ad oggi i vertici di ogni categoria professionale in campo sanitario sono determinati da un numero ristretto di Ordini provinciali, che hanno un elevato numero di voti a

disposizione e possono eleggere un rappresentante ogni 200 iscritti. Come abbiamo detto, ciò poteva essere valido nel 1946, ma nel 2016 determina solo la conseguenza che tre o quattro Ordini provinciali, per il peso del loro numero di iscritti, decidono da soli i vertici nazionali. È necessario salvaguardare il principio per cui un Ordine con un numero maggiore di iscritti ha un peso più grande, ma non a scapito della democrazia. Per questo motivo, in Commissione abbiamo innalzato l'elezione di un rappresentante ad ogni 500 iscritti. È certamente un passo avanti, ma ritengo che si dovrebbe arrivare ad un rappresentante ogni 2.000 iscritti, lasciando comunque gli Ordini con meno di 2.000 iscritti la possibilità di eleggere ugualmente un loro rappresentante. Questo renderebbe più democratica la rappresentatività.

Pertanto, nel dare nuova autonomia finanziaria e gestionale agli Ordini delle professioni sanitarie sotto la guida del Ministero della salute, è prioritario pensare a come evitare il rischio di dar vita a categorie autogestite e chiuse, quanto piuttosto accessibili e trasparenti.

A questo punto, il disegno di legge modifica la denominazione dell'Albo degli infermieri professionali in quella di Albo degli infermieri, mentre l'Albo delle vigilatrici d'infanzia assume la denominazione di Albo degli infermieri pediatrici e i Collegi delle ostetriche divengono Ordini della professione di ostetrica.

All'articolo 4 viene istituita e definita la professione di osteopata; all'articolo 5 l'ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo, all'articolo 6 l'elenco nazionale degli ingegneri biomedici e clinici.

A fronte di tutto questo, credo sia venuto il momento di non ignorare più la figura del dottore in scienze motorie. So di andare contro corrente rispetto al parere della Commissione, ma tale figura, con le sue diverse specializzazioni, è da sempre impegnata nella promozione della prevenzione e della salute in diversi ambiti, senza alcun riconoscimento professionale da parte dello Stato. Pensiamo non solo all'educazione motoria a scuola, che a mio avviso deve raggiungere i livelli dei sistemi scolastici del Nord Europa, ma anche ai centri *fitness*, alle palestre, alle strutture sanitarie, alle associazioni sportive. Quando si parla di salute non possiamo affidarci a personale non qualificato e mentre è vero che posso controllare in quale palestra va mio figlio a cinque o sei anni, non posso assolutamente sapere e controllare dove va mio figlio che ne ha 25, che a volte torna a casa imbottito di anabolizzanti semplicemente perché è finito in una palestra dove la figura professionale non esiste affatto. Si tratta di un problema serio perché, soprattutto nelle prime fasce di età. L'educazione motoria svolta in maniera scorretta influisce gravemente sullo sviluppo e sulla salute del bambino, e di conseguenza dell'adulto. Inoltre – lo abbiamo detto tutti – ogni euro speso in prevenzione tramite una corretta educazione motoria consente di risparmiare oltre quattro euro di spese sanitarie.

Ieri ho partecipato ad una conferenza sull'impatto dell'obesità in Italia, in occasione della Giornata europea dell'obesità. Si tratta certamente di una tematica interessantissima. Ebbene, da quanto è emerso, posto

che l'obesità è stata riconosciuta come malattia, in Italia le persone in sovrappeso sono oltre 21 milioni; questo comporta una diminuzione della speranza di vita da cinque a dieci anni. La prevalenza è tra i 55 e i 74 anni, mentre la percentuali di bambini obesi è del 9,8, con percentuali più alte nelle Regioni del Centro e del Sud.

Presidenza della vice presidente FEDELI (ore 11,25)

(*Segue ROMANI Maurizio*). È evidente ed è chiaramente fondamentale che, nonostante il fatto che i laureati in scienze motorie impiegati nel mercato del lavoro continuino a vantare un tasso di occupazione superiore alla media, uno dei punti più critici è rappresentato dall'elevatissima quota di lavoro sommerso. Inoltre, chi non lavora in nero è spesso costretto a firmare contratti atipici e precari, pur lavorando come dipendente a tempo pieno. La percentuale di laureati con contratto a tempo indeterminato è infatti molto bassa. A complicare ulteriormente la situazione – e lo abbiamo visto in Commissione sanità – c'è poi il problema della condivisione degli spazi con i fisioterapisti: una storica guerriglia fatta di invasioni di campo e gelosie professionali; laureati in scienze motorie da una parte, fisioterapisti dall'altra.

Credo sia arrivato il momento di sanare in maniera corretta la disparità di trattamento di questi professionisti. Se, infatti, al dottore in scienze motorie è negata la possibilità di operare come fisioterapista – come ritengo giustissimo – a quest'ultimo è concesso di operare in ambiti propri del laureato in scienze motorie. È questo quello che fanno tanti operatori, spesso con competenze tecniche acquisite – è vero – ma privi della qualificazione universitaria indispensabile per interventi che riguardano la salute, la prevenzione, i processi educativi, l'equilibrio psicofisico.

Un luogo comune è che la laurea in scienze motorie sia relativamente facile da acquisire. Molte persone pensano che la maggior parte degli studenti passi il proprio tempo all'università praticando le più svariate discipline sportive, divertendosi e dedicando soltanto una minima parte allo studio sui libri. Ma, allora, che cosa studia e di che si occupa il laureato in scienze motorie?

Il decreto legislativo n. 178 dell'8 maggio 1998 recita che: il corso di laurea in scienze motorie è finalizzato all'acquisizione di adeguate conoscenze di metodi e contenuti culturali, scientifici e professionali nelle seguenti aree: didattico-educativa, finalizzata all'insegnamento nelle scuole di ogni ordine e grado; della prevenzione e dell'educazione motoria adattata, finalizzata a soggetti di diversa età e a soggetti disabili; tecnico-sportiva, finalizzata alla formazione nelle diverse discipline; manageriale, finalizzata all'organizzazione e alla gestione delle attività e delle strutture sportive. In parole spicciole, e facendo un po' di interpretazione su quanto

scritto dal legislatore, il laureato in scienze motorie avrebbe competenze (non esclusive) e possibilità di lavoro in ambito scolastico, nelle palestre o centri *fitness*, nell'intervento rieducativo, nella preparazione atletica e nell'ambito manageriale.

Questa interpretazione è resa necessaria dal fatto che nel decreto legislativo citato non si parla di che cosa il laureato in scienze motorie faccia o possa fare, ma in realtà solo delle conoscenze che dovrebbe possedere. Distinzione che potrebbe sembrare banale, ma che in realtà non lo è affatto, poiché vi è differenza fra il possedere delle conoscenze ed esserne poi l'esecutore unico, deputato a mettere in pratica le stesse. Da qui si viene a creare l'equivoco di fondo del laureato in scienze motorie, custode di conoscenze messe poi in pratica da tutti.

Di certo è che in questo settore specifico sembra essere davvero il momento di trovare soluzioni concrete. L'inserimento e la pratica dell'educazione fisica all'interno delle scuole non deve trattarsi più di un mero ideale, ma di un fatto concreto, vista l'importanza fondamentale che il movimento riveste per l'armonico sviluppo psico-corporeo nell'età evolutiva.

Anche il progressivo inserimento del laureato all'interno del mondo universitario renderebbe gli insegnamenti sicuramente più interessanti e le docenze più credibili. Non è possibile che un insegnamento in didattica dell'attività motoria possa essere svolto da laureati in lettere o filosofia, con tutto il rispetto che nutro per questi ultimi.

A noi legislatori spetta il compito di fare leggi giuste, in maniera che, in questo caso, in campo sanitario, la differenza, quella vera, la facciano la preparazione, la competenza, la voglia.

Per questo motivo chiedo, e credo che sia giunto il momento, di istituire anche l'albo dei laureati in scienze motorie. (*Applausi delle senatrici Bencini e Granaiola*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Bianconi. Ne ha facoltà.

BIANCONI (*AP (NCD-UDC)*). Signora Presidente, nei cinque minuti che mi sono stati assegnati mi soffermerò sul riordino delle professioni sanitarie. Questa tematica che affrontiamo oggi ha visto il suo esordio più di vent'anni fa. Parliamo di oltre 800.000 operatori per i quali l'*iter* del percorso di organizzazione delle professioni sanitarie è iniziato con la legge n. 502 del 1992, proseguendo con la legge n. 251 del 2000, fino alla legge n. 43 del 2006. Quest'ultima ebbe il grande merito di prevedere una disciplina organica all'interno della quale era prevista una delega al Governo per l'istituzione di ordini professionali nel settore sanitario.

Queste importanti innovazioni non hanno mai visto la luce. La delega di fatto è rimasta inattuata per scadenza dei termini.

È indubbio che le questioni sanitarie rappresentino un elemento centrale nell'organizzazione sanitaria nazionale, in una sanità che è profondamente cambiata. Oggi parliamo di diritto alla salute, del primariato della

prevenzione, di un sistema solidale e universalistico, ed è indubbio quindi che i professionisti siano veramente l'asse portante, gli attori principali di tutto ciò. Purtroppo provvedimenti non adeguati o disattesi hanno creato nel tempo disparità e commistioni tra disposizioni di principio e norme di dettaglio.

L'assenza di un filo conduttore legislativo moderno, al passo con i tempi, ha reso difficile rispondere alle sempre maggiori richieste di professionalità provenienti dal cittadino utente. Ben sappiamo che esistono ragioni moderne che si appoggiano su problemi antichi e sappiamo anche che i tempi e gli attori sono profondamente cambiati. Ma quello che con tenacia e coraggio tentiamo di fare in questo provvedimento è proprio di non nascondere, e di affrontarlo con equilibrio.

Appare evidente che l'impianto ordinistico in sanità ha bisogno di un profondo adeguamento normativo nei contenuti, nella modalità di partecipazione, nei rapporti con i cittadini. Non possiamo non legiferare, non possiamo più tergiversare, non possiamo lasciare al libero mercato o all'anarchia la soluzione di tali problema. A tal proposito, a chi critica questo provvedimento perché in controtendenza con la necessità di liberalizzare, ricordiamo che neanche la Commissione europea si è mai sognata di seguire questo disegno per le professioni sanitarie, capendo molto bene che la materia di cui parliamo è estremamente delicata e complessa.

Quindi si tratta di un atto di giustizia, di riconoscimento, di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate e dei percorsi formativi per essere riconosciuti come tali; ma è anche una legge a tutela dei cittadini in un comparto colpito pesantemente da un odioso e grave abusivismo professionale.

Credo che ognuno di noi su questo testo avrà ricevuto centinaia di *e-mail* – lei, signora Presidente della 12ª Commissione, per prima – poche a favore, molte in disaccordo. Molte di queste *e-mail* erano volte a tutelare la propria professionalità rivendicando percorsi e discorsi che appartengono al passato.

A tutti gli operatori e al mondo politico, che ha lavorato con impegno su questo provvedimento, desidero rivolgere due ultime considerazioni.

La prima è che il tempo è passato, le situazioni nel tempo si sono consolidate e si sono affacciate altre prospettive. Il difficile equilibrio trovato dentro questo provvedimento può sicuramente scontentare qualcuno e far gioire altri, ma è un equilibrio e bisogna porre sulla bilancia questo risultato possibile rispetto a un non possibile risultato. E, credetemi, non ho alcuna certezza che questa volta potremo scrivere la parola fine.

La seconda considerazione è che anche su questo tema abbiamo visto la politica sostenere tesi discordanti, a volte anche con posizioni fantasiose, ma in politica dobbiamo riconoscere che vige la norma di grande saggezza che i nostri Padri costituenti ci hanno tramandato e che troppo spesso dimentichiamo: non si legifera contro qualcuno, ma si cerca di costruire, facendo del proprio meglio, una legge che possa migliorare la vita di tutti. Almeno questo sforzo è bene che ce lo riconosciamo.

Signora Presidente, vorrei ricordare all'Assemblea che in questo provvedimento, come sottolineato molto bene da molti senatori, si affaccia definitivamente la medicina di genere. Lo voglio ricordare in questa Aula perché la prima volta che il Parlamento si è occupato di medicina genere è stato in questo Senato, nel lontano 2003, attraverso una mozione *bipartisan*. Era una materia allora sconosciuta. D'altronde, era una materia molto giovane. Era nata come idea nel 1976 da una cardiologa statunitense che si era scosciata di vedere risultati diagnostici e terapeutici distinti tra uomini e donne: gli uomini venivano curati meglio per i farmaci dati rispetto alle donne. Da allora nacque un movimento. Stiamo parlando di pochi anni. Eppure, questo movimento ha preso fiato e anche grazie al nostro interessamento. Lo dobbiamo dire: questo Senato se n'è fatto parte attiva. Non so se il presidente Calderoli, che nel 2003 era vice presidente, presiedesse quella seduta l'Aula. Mi sembra di ricordare questo. Da allora, la formazione professionale universitaria ha preso avvio con un *master* inventato dall'allora Ministro della salute Turco. I colleghi accademici, i convegni e le altre mozioni hanno fatto sì che oggi diventasse patrimonio comune e finalmente lo troviamo scritto a chiare lettere come un diritto sancito all'interno di un provvedimento. È anche per questo che è importante che questo provvedimento veda la luce.

Stiamo affinando sempre più questo principio perché prima parlavamo di medicina di genere uomo-donna e adesso stiamo capendo che c'è la necessità di parlare di medicina della donna, dell'uomo, del bambino e dell'anziano perché ogni corpo ha una diversa capacità di assunzione dei farmaci a seconda dell'età e del genere. Ho voluto evidenziare tutto ciò perché, in un momento di antipolitica come quello che stiamo finalmente vivendo dopo dieci anni, questa tematica (che il Senato ha reso possibile) diventa patrimonio all'interno di un provvedimento così importante come quello al nostro esame. (*Applausi dai Gruppi PD e AP (NCD-UDC) e della senatrice Rizzotti. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Gaetti. Ne ha facoltà.

GAETTI (*M5S*). Signora Presidente, il disegno di legge governativo venne presentato in data 21 febbraio 2014 e da lì è iniziato il suo *iter* tra audizioni, discussione generale, emendamenti e approvazione. È stato oggetto di analisi in 53 sedute della Commissione sanità. Questo serve a capire come sia stato profondo lo studio su questo provvedimento. È iniziato, come è stato ben spiegato, con 26 articoli, ne sono stati stralciati 16 e ne sono stati aggiunti 4. Vorrei leggere il titolo di alcuni articoli stralciati come, per esempio, la delega al Governo sul riordino degli enti vigilati, in materia di sicurezza degli alimenti, in materia di navi frigo finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e in materia fitosanitaria. Sono stati giustamente stralciati dalla Commissione, che ha lavorato molto bene. Ciò evidenzia come il Governo sia ormai abituato a costruire provvedimenti disorganici che raccolgono decine di criticità che tentano di risol-

vere senza una visione organica e complessiva. Così, capita sovente che la topa sia peggio del buco.

Veniamo al provvedimento. Anche io faccio una battuta sull'articolo 1, che delega al Governo il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica. È molto interessante l'introduzione dello specifico riferimento alla medicina di genere. Credo che nella sperimentazione tutte le variabili debbano essere prese in considerazione e non solo la medicina di genere, ma anche, ad esempio, l'età.

Ricordo l'insegnamento dei miei professori di pediatria, che mi dicevano che un bambino non è un uomo piccolo, ma che ha una sua psicologia, fisiologia e patologia diverse dall'adulto.

È comunque molto importante che un argomento così complesso come la sperimentazione clinica venga finalmente disciplinata, anche in riferimento al nuovo regolamento europeo e alla Dichiarazione di Helsinki.

Una considerazione anche sull'articolo 2, che aggiorna i LEA, e sul contenimento del dolore nella fase del travaglio del parto. Noi avremmo voluto che molti altri LEA fossero aggiornati, come stabilito dai commi dal 553 al 565 della legge di stabilità del 2015 e non vedere un provvedimento che approva un LEA per volta.

Ma arriviamo al cuore del problema, che è l'articolo 3, recante il riordino della disciplina degli Ordini e delle professioni sanitarie. Sul fatto che gli Ordini andassero rinnovati e rivisti siamo tutti perfettamente d'accordo. In questo provvedimento si disciplinano alcuni ordini fermi da tempo e ne vengono istituiti altri. E vengono istituiti anche albi nell'ambito di questi ordini.

Questo articolo organizza gli Ordini secondo un assetto strutturale molto simile al vigente. Nasce una struttura verticistica abbastanza impositiva, che permette agli iscritti un potere decisionale quantomeno ridotto nelle scelte organizzative, considerato anche che devono pagarsele.

Affrontiamo ora alcune criticità che voglio qui sottolineare. Considerare che siano le Federazioni nazionali a chiedere la riunificazione e lo sdoppiamento di circoscrizioni non appare funzionale. Difficilmente gli Ordini propongono l'accorpamento nonostante non siano in grado di funzionare. Pertanto, in tal senso sarebbe più opportuno che l'accorpamento fosse disposto dal Ministero. Sarebbe più opportuno comunque un'articolazione quantomeno regionale, in armonia con la struttura regionale del Servizio sanitario nazionale.

Ricordiamo che già oggi alcuni Ordini e collegi provinciali attualmente esistenti non sono in grado di funzionare perché molti sono privi di personale e non riescono a onorare tutti gli adempimenti tipici della pubblica amministrazione. Riconoscere che gli Ordini e le relative Federazioni nazionali siano enti pubblici non economici contrasta con la reiterata volontà di sottrarsi all'applicazione del decreto legislativo n. 165 del 2001 e a tutte le norme pubblicistiche tipiche della pubblica amministrazione, come l'anticorruzione e la trasparenza.

Anche l'autonomia professionale finanziaria così ampia non si concilia con la natura di ente pubblico non economico e di organo sussidiario dello Stato volta a tutelare interessi pubblici, ma soprattutto con il carattere paracontributivo e impositivo dei contributi degli iscritti, obbligati a iscriversi non per ricevere in cambio un servizio ma in forza del loro *status* di professionisti.

La verifica dei titoli abilitanti all'esercizio professionale è di facile reperimento, essendo un titolo che si consegue all'università ed autocertificabile. Anche la pubblicità integrale degli elenchi è necessaria per non comprimere la concorrenza e la reale possibilità di scelta tra tutti gli operatori professionali di un albo e per specifiche competenze. La pubblicità integrale di tali elenchi consentirebbe di accertare il reale numero degli iscritti all'albo, la loro funzione nella società, il gettito derivante dall'introito delle quote obbligatorie di iscrizione.

Assegnare agli ordini la programmazione dei fabbisogni di professionisti, ovvero del loro numero è assai discutibile ed è giustificata dal fatto che questi enti dovrebbero avere il polso della situazione occupazionale dei loro iscritti. Sulla base di ciò, prima dell'inizio dell'anno accademico, dovrebbero fornire al Ministero della salute il numero degli studenti iscrivibili al primo anno del corso di laurea di pertinenza. Ciò non avviene, però, perché gli Ordini nella maggior parte dei casi non conoscono la reale situazione occupazionale dei propri iscritti.

Esiste poi un legame non sempre trasparente e di reale conflitto di interesse, tra il mondo accademico e le rappresentanze ordinistiche, che spesso peraltro coincidono. Questo legame fa sì che gli Ordini comunichino un fabbisogno sovrastimato per soddisfare le esigenze degli atenei e giustificare l'apertura o il mantenimento di corsi di laurea con pochi studenti, da cui usciranno professionisti che, data l'attuale crisi occupazionale, resteranno, con una discreta probabilità, senza lavoro.

Gli Ordini non hanno interesse a diminuire il numero degli iscrivibili adeguandolo alle esigenze professionali. Inoltre, il fatto di rivestire un ruolo nel mondo accademico e, contemporaneamente, una carica elettiva all'interno di un Ordine garantisce un futuro bacino di voti da quegli studenti che saranno un giorno iscritti all'albo. In ragione di ciò è evidente che accorpare la programmazione del fabbisogno formativo con il concorrere alle attività formative e di abilitazione è un palese conflitto di interessi.

Altri punti secondo me molto critici sono, per esempio, legati alla disciplina dei processi di aggiornamento professionale: la formazione è un valore costituzionalmente garantito ed è libera. Nel caso dei professionisti della salute è stato introdotto invece l'obbligo di acquisire formazione cosiddetta ECM erogata da *provider*, autorizzati dal Ministero della salute tramite una Commissione nazionale ECM di cui peraltro fanno parte i rappresentanti del mondo ordinistico. Vale la pena sottolineare che anche taluni ordini, direttamente o per tramite di fondazioni da essi costituite e poco trasparenti, sono accreditati come *provider* di formazione ECM.

Anche la gestione dell'attività disciplinare, così come descritta alla lettera *i*) del comma 2 dell'articolo 1 appare ridondante, poco funzionale e più attenta a tutelare gli interessi corporativi. Anche in questo caso c'è un conflitto d'interessi macroscopico laddove soggetti eletti e/o eleggibili sono anche soggetti giudicanti e soggetti legiferanti. Tra l'altro, la funzione giudicante è notoriamente discrezionale e non è prevista una precisa corrispondenza tra infrazione e sanzione.

Inoltre molti professionisti sono dipendenti pubblici già sottoposti a norme disciplinari delle aziende di appartenenza e devono essere sottoposti anche al regime disciplinare ordinistico. Anche il fatto che il collegio dei revisori dei conti debba essere elettivo, nell'ambito di professioni che poco hanno a che fare con competenze tecnico-amministrative, appare assai discutibile. È assurdo che nel terzo millennio i revisori dei conti di un ente pubblico non economico non siano revisori contabili, come previsto dalle norme sul controllo interno di ogni pubblica amministrazione e come previsto, tra l'altro, dalle recenti norme istitutive dell'elenco dei revisori contabili presso il MEF. Si mantiene quindi l'assurda previsione che medici, infermieri e ostetriche eletti siano revisori contabili di una pubblica amministrazione.

Credo che debba essere fatta anche un'analisi della partecipazione alle votazioni. Come può rappresentare l'assemblea degli iscritti una persona eletta con il 15 per cento dei voti, come ha sottolineato in precedenza il mio collega? Inoltre non è stato proposto alcun limite al numero dei mandati ai nostri rappresentanti e questo crea il perpetuarsi di una serie di persone che restano in carica per moltissimo tempo.

Tra i compiti assegnati al consiglio direttivo vi è per esempio «la tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari». Il parere sulla liquidazione degli onorari non ha ragione di esistere a fronte dell'abolizione delle tariffe. Tra le norme che stiamo per approvare vi è anche quella secondo cui «i consigli direttivi possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare». È invece necessario declinare quando un consiglio non sia in grado di funzionare. Allo stato attuale esistono alcuni Ordini che non funzionano, che non sono aperti al pubblico e che non garantiscono la funzione di tutela collettiva a loro demandata. Infatti i rari casi di scioglimento degli Ordini avvengono solo per contese politiche elettorali e non perché notoriamente non funzionanti.

In un altro punto del provvedimento si prevede che per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo (questa previsione è priva di ogni logica, sia nel caso dei pubblici dipendenti, sia nel caso in cui l'abilitazione professionale è data da un titolo universitario); avere la residenza e/o il domicilio o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine. Questa è una limitazione chiaramente anacronistica rispetto all'evoluzione dettata dall'informatica e dalla rete, che rende ormai pleonastica l'esistenza di albi correlati alla residenza o al domicilio. Inoltre non si concilia con il libero esercizio della professione sia sul territorio nazionale che su quello europeo, talché è evidente

che la stessa struttura territoriale degli Ordini non è più rispondente alla funzione degli Ordini stessi né alla libera circolazione dei professionisti.

Anche il fatto di essere cancellato dall'albo professionale per morosità è un atto da valutare con attenzione: oltre a rilevare il carattere paratributario del contributo di iscrizione, nonché il potere impositivo degli ordini, si può in tal modo inibire l'esercizio di una professione. Oggi tutti i professionisti, terminati gli studi universitari, hanno la necessità di iscriversi e quindi pagare una quota e nel frattempo non lavorano o lavorano in maniera così precaria che non raggiungono neanche la sopravvivenza.

Mi fermo qui. Per quanto riguarda l'articolo 3, le situazioni di criticità sono numerose. Desidero soffermarmi però sull'articolo 4, che disciplina l'istituzione e la definizione della professione dell'osteopata e sull'articolo 12, che definisce quella del chiropratico.

È fuor di dubbio che le professioni di osteopata e chiropratico andassero disciplinate, ma non ci si sarebbe dovuto dimenticare di tutte le altre professioni sanitarie. Con la medesima logica, si sarebbero dovuti inserire nell'istituendo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica delle prevenzioni sanitarie e tecniche e della riabilitazione e prevenzione tutti gli altri albi di professionisti che ci siamo dimenticati, dal logopedista, al podologo, all'ortottista (ce ne sono veramente tantissimi). Sappiamo che oggi le professioni sanitarie sono ben normate e hanno un quadro normativo complessivo assai copioso: dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, alla legge 10 agosto 2000, n. 251, alla legge 1º febbraio 2006, n. 43, al comma 566 della legge di stabilità 2015.

Il sistema già prevede l'eventuale istituzionalizzazione di nuove figure professionali attraverso il meccanismo previsto dalla legge n. 43 del 2006, che possiamo così sintetizzare: recepimento di direttive comunitarie, ovvero per iniziativa di Stato e Regioni; accordo della Conferenza Stato-Regioni che definisce il titolo professionale e l'ambito di attività; parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità allargato agli esperti del Ministero della salute, delle Regioni e degli Ordini professionali; funzioni che non devono essere parcellizzate e sovrapporsi alle funzioni delle professioni già esistenti.

Detto questo, appare evidente che l'istituzionalizzazione della professione di osteopata ha un suo percorso e, alla prima occasione di riconoscimento di nuove figure professionali, il legislatore non solo smentisce sé stesso, ma percorre due strade, una per gli osteopati e un'altra per i chiropratici. Dunque, l'osteopata viene riconosciuto per legge ordinaria senza pareri tecnici, senza un precedente fabbisogno riconosciuto dai piani sanitari e senza neanche la necessità di dover dare un ambito giuridico a figure che operano nel Servizio sanitario nazionale, in quanto totalmente assente dalle strutture. Curiosamente, la norma rimane in vigore, ma non vale per questa occasione. Il collega Romani ha già evidenziato la criticità tra queste figure e la laurea in scienze motorie e non intendo proseguire oltre.

Avremmo voluto capire come intendete organizzare i corsi universitari di laurea triennale, comuni alle molte professioni con specializzazione

con un *master* di uno o due anni successivi (come noi auspichiamo), o la proliferazione di numerosi corsi per cui avremmo più docenti universitari che allievi.

Ricordo, inoltre, che non si è voluto affrontare nel provvedimento in esame il problema delle scuole private, talora anche di buon livello e costose, a differenza di altre che si limitano a consegnare pezzi di carta da esibire al momento opportuno. Cosa si intende fare su questo versante? Non si è inoltre messo mano alle scuole professionali rivolte agli studenti *post* licenza media, che creano delle professioni il cui ruolo, a questo punto, non è del tutto chiaro.

In conclusione, ci preoccupa molto il fatto che con un provvedimento che è stato così lungamente studiato molti aspetti siano stati rinviati al futuro. (*Applausi dal Gruppo M5S*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, otto senatori hanno chiesto, ai sensi dell'articolo 99, comma 3, del Regolamento del Senato, la chiusura anticipata della discussione generale sull'Atto Senato 1324.

Ricordo che, in caso di obiezioni, ha la parola un oratore per ciascun Gruppo e per non più di dieci minuti.

DIRINDIN (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIRINDIN (*PD*). Signora Presidente, restiamo sorpresi dalla richiesta di chiusura anticipata della discussione, visto che il dibattito si sta protrahendo in modo abbastanza fluido. Se non sbaglio, rimangono solo quattro colleghi iscritti a parlare e, quindi, la discussione potrebbe avviarsi rapidamente a conclusione.

Non mi sembra inoltre opportuno, su un provvedimento riguardante le politiche per la salute dei cittadini, che l'Assemblea dia l'impressione di voler diluire i tempi. Dovremmo al contrario dimostrare che, nell'ambito delle competenze di questa Assemblea, stiamo cercando di portare a conclusione l'esame di un provvedimento che è di interesse di molte persone e di tantissimi professionisti della salute.

È vero che la discussione questa mattina è stata fluida e rapida, anche perché gran parte del lavoro è stato svolto in Commissione igiene e sanità. In tante occasioni, questa mattina, i colleghi – penso all'intervento del senatore Zuffada, ma anche a quello di tutti gli altri colleghi, della maggioranza e dell'opposizione – hanno segnalato il grande lavoro svolto in quella sede. In Commissione abbiamo infatti svolto 36 audizioni sul provvedimento in esame, che è stato incardinato nel 2014 e che abbiamo voluto ricompattare, stralciando alcuni articoli, per proporre un provvedimento organico, che potesse arrivare in Assemblea dopo una buona elaborazione in Commissione – che tutti noi sosteniamo sempre essere necessaria – affinché in sede di Assemblea la discussione potesse essere relativamente agile e l'approvazione semplice.

Mi sembra che, alla luce dello sforzo che è stato compiuto, sospendere la discussione significa vanificare l'impegno che tutti noi abbiamo assunto – unanimemente, come opposizione e come maggioranza – affinché, una volta giunto in Assemblea, la discussione del provvedimento potesse essere affrontata in modo relativamente celere, ovviamente nel rispetto della discussione e non di chi vuole la chiusura anticipata della discussione. Ciò significherebbe rinviare i lavori alla prossima settimana, quando sappiamo di avere altri provvedimenti importanti da affrontare e da cercare di approvare, per poter destinare del tempo alle altre attività che tutti noi abbiamo sul territorio. Adesso, però, nel giro di un'ora o di un'ora e mezza, potremmo fare un grande passo avanti, che ci consentirebbe probabilmente di rinviare alla prossima settimana le sole dichiarazioni di voto.

Esprimo quindi l'assoluta contrarietà mia e di tutto il Partito Democratico alla proposta di chiusura anticipata della discussione generale e, anzi, auspico che il senso di responsabilità di tutti ci porti ad andare avanti speditamente, concludendo nella mattinata odierna anche l'esame degli emendamenti, che sono pochi e facilmente affrontabili. (*Applausi dal Gruppo PD*).

BIANCONI (*AP (NCD-UDC)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCONI (*AP (NCD-UDC)*). Signora Presidente, la situazione sta diventando un po' comica, perché ieri non si poteva cominciare la discussione, oggi la dovremmo interrompere a mezzogiorno per concludere i nostri lavori, posticipandoli alla prossima settimana. Delle due, l'una: o i colleghi ce l'hanno con la Commissione igiene e sanità, che tra l'altro porta all'attenzione dell'Assemblea provvedimenti unanimemente condivisi o quantomeno ben lavorati in Commissione, su cui in sostanza non si registrano grandi discrepanze e che, sono in realtà pochi, perché normalmente la 12ª Commissione li tratta in sede deliberante oppure si vuole dare adito alla cosiddetta antipolitica, secondo cui a mezzogiorno le persone devono fare le valigie per andar via, per cui concludono i lavori molto presto. (*Applausi dal Gruppo PD*).

Non si capisce perché oggi a mezzogiorno, con quattro persone che devono ancora intervenire sul disegno di legge in esame, si debba interrompere la discussione generale. Credo che questo andazzo non faccia onore né a noi né a coloro che lo propongono e che l'immagine che diamo all'esterno non sia certamente piacevole, diciamo così. Farlo poi quando si trattano temi sanitari, che non hanno una colorazione politica (almeno questo lo possiamo assolutamente sostenere), è ancora peggio. Chi da vent'anni sta aspettando gran parte delle norme contenute nel provvedimento in esame, certamente non capisce né questa melina, né questo ostruzionismo, che è certamente disciplinato dal Regolamento del Senato, ma che su

questa materia cagiona davvero una situazione di stupefacente incredulità, anche da parte di chi vi parla.

Per quanto riguarda il nostro Gruppo, chiediamo di non chiudere anticipatamente la discussione e di proseguire l'*iter* legislativo di questo provvedimento. Abbiamo ancora quattro persone da ascoltare e, poi, velocemente andremo ad affrontare i pochi emendamenti presentati in Assemblea.

Lo dobbiamo, se non altro, al decoro di questo Senato; se è vero che, con la prossima riforma costituzionale, verrà consegnato ad altri stili e ad altre persone, lo dobbiamo anche a noi stessi e al lavoro che normalmente facciamo con estremo impegno e serietà nelle Commissioni competenti. Questo è vero in modo particolare nella Commissione sanità che, signora Presidente, mi pregio di poter dire, lavora veramente molto seriamente e con passione.

Ripeto la polemica di ieri: probabilmente, se uno dei colleghi che, anche quest'oggi, ha chiesto la sospensione venisse a lavorare in Commissione sanità non darebbe sponda a richieste pretestuose come questa. (*Applausi dal Gruppo PD*).

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signora Presidente, smentirei me stesso se io, che pure faccio parte dell'opposizione in quest'Assemblea, accogliessi la proposta di chiusura anticipata della discussione. Infatti, le motivazioni che hanno determinato il voto unanime in 12ª Commissione non sono venute meno e non sono venute meno neanche le motivazioni che inducono molti senatori, anche in termini di ampia rappresentanza politica, ad esprimere valutazioni tendenzialmente positive e di convergenza sul lavoro che è stato fatto.

Esprimo, pertanto, il mio parere negativo e, a nome del mio Gruppo parlamentare, il voto contrario su questa proposta e auspico, invece, che il tempo che stiamo impegnando possa essere tempestivamente recuperato per portare a compimento nella seduta odierna il lavoro, anche attraverso l'esame e il voto sugli emendamenti. (*Applausi dal Gruppo PD e della senatrice Bianconi*).

D'ANNA (*AL-A (MpA)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

D'ANNA (*AL-A (MpA)*). Signora Presidente, sarò telegrafico, altrimenti, se ci dilunghiamo, facciamo il gioco di quelli che vogliono chiudere la discussione. È legittimo tutto in quest'Aula e anche il gioco parlamentare fa parte delle regole. A coloro che intendono procrastinare l'approvazione di questo disegno di legge voglio solo ricordare che buona

parte delle norme in esso contenute furono già approvate dalla Camera dei deputati cinque anni fa. Ne cito una sola, quella che assegna un percorso giuridico e scientifico alla ricerca. Questa è una Nazione che, quando sorgono i casi Di Bella o Stamina, non dispone ancora di un percorso scientifico e giuridico che consenta di testare la validità di certi assunti, talché sono i magistrati, poi, a stabilire se si debba irrogare una determinata terapia, per quanto aleatoria e non scientificamente validata.

Il bicameralismo ci ha portato, dopo cinque anni, a riproporre le cose che all'unanimità approvammo alla Camera e che non si poterono approvare al Senato perché si sciolse la legislatura. E voi ritenete opportuno, rispetto a un problema di carattere sociale, scientifico e culturale di così vasta portata, come quello della disciplina del percorso scientifico sulla sperimentazione clinica di farmaci o di terapie innovative, venire a perdere tempo su queste questioni? Fate ostruzionismo sulla bollinatura dei prosciutti della Val Brembana, ma lasciate perdere queste che sono cose serie e vanno oltre la strumentalità del gioco politico! Noi dobbiamo procedere perché dobbiamo recuperare cinque anni di tempo per milioni e milioni di persone malate che attendono, probabilmente, che la scienza dica una parola in loro soccorso, in modo tale da ascoltare la verità scientifica e non la verità degli azzecagarbugli che ogni tanto si parano sulla scena della pubblica opinione, proponendo cure miracolose per malattie rare.

Quindi si abbia un minimo di senso di responsabilità relativamente all'argomento che si intende rimandare. Ci sono mille modi di fare ostruzionismo e mille modi di perdere tempo ma non è certo questo l'argomento sul quale esercitare questo tipo di tattica parlamentare. Siamo pertanto favorevoli a proseguire la discussione.

CALDEROLI (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CALDEROLI (*LN-Aut*). Signora Presidente, chiedo di intervenire quale rappresentante del Gruppo per fare una puntualizzazione, dato che mi sembra di vedere il mondo alla rovescia. Noi abbiamo chiesto la chiusura anticipata della discussione generale, pertanto, se non ci fosse stata questa lunga sequenza di interventi contro tale proposta, avremmo già avuto la replica e staremmo già votando gli emendamenti. (*Applausi dal Gruppo LN-Aut e della senatrice Mangili*).

Quindi, se qualcuno ha ritardato la discussione è chi è intervenuto per ritardare, o meglio per farci raggiungere il nostro obiettivo. Infatti è talmente importante questo provvedimento che il vederne parlare con tre o quattro persone in Aula è una cosa veramente umiliante. (*Applausi dai Gruppi LN-Aut e MSS*).

Il nostro obiettivo l'abbiamo raggiunto: siete ritornati tutti in Aula e quindi, convinti di questo, ridiamo dignità all'Aula e ritiriamo la richiesta

di chiusura anticipata della discussione generale. (*Applausi dai Gruppi LN-Aut e M5S*).

PRESIDENTE. Essendo stata ritirata la richiesta di chiusura anticipata della discussione generale, proseguiamo con i nostri lavori.

È iscritto a parlare il senatore Floris. Ne ha facoltà.

FLORIS (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, cercherò di accontentare i colleghi della Lega limitando al minimo l'intervento e magari consegnando il testo scritto affinché sia allegato al Resoconto se la Presidenza mi autorizzerà in tal senso. (*Applausi dal Gruppo PD*).

Vorrei aggiungere alcune considerazioni al testo del mio intervento. In primo luogo, per quanto riguarda la fiducia, penso che Renzi e il suo Governo, anziché chiedere la fiducia al Parlamento, nel caso specifico al Senato, dovrebbero al Senato dare fiducia. Questo ha dimostrato il metodo con il quale abbiamo trattato l'argomento che ci è stato proposto, quello del disegno di legge n. 1324, un provvedimento definito *omnibus*, peraltro del Governo Letta, cioè dello stesso Ministro ma con Governo differente, che è arrivata in Commissione. Devo ringraziare l'intera Commissione, a partire della Presidenza, perché durante i lavori gli argomenti, anche quelli più spinosi, sono stati affrontati in maniera molto neutra e mai si sono date risposte con spirito di parte. Tant'è vero che molti emendamenti presentati anche da Forza Italia, che mi onoro di rappresentare in Commissione, sono stati accettati e fanno oggi parte del testo presentato.

In secondo luogo, vorrei fare una raccomandazione al Governo che ha ricevuto circa 690 deleghe, di cui 214, se non sbaglio, sono ancora in fase di attuazione, cioè non hanno ancora avuto alcuna risposta. L'augurio è che questa legge, che è appunto una legge di delega al Governo, non debba subire ritardi. Non può subirne, signor sottosegretario De Filippo, anche perché alcuni argomenti che abbiamo trattato in Commissione hanno rilevanza di carattere europeo e potrebbero, se non risolte in tempi rapidi, esporre la nostra Nazione a sanzioni.

Mi preme sottolinearle un'ultima cosa, signor Sottosegretario, e non è la prima volta che lo faccio. Lei è stato ospite in Commissione, così come abbiamo avuto ospiti tantissimi *stakeholder*, esperti e rappresentanti delle categorie di cui questo disegno di legge si interessa. Ma la cosa che mi preme veramente sottolineare è che sentiamo che ci saranno ulteriori tagli alla sanità. Bene, lei è stato ospite in Commissione e conosce bene la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, sul sistema olistico ed universale del nostro sistema sanitario, invidiato in tante parti del mondo. Bene, questo sistema è in crisi e noi riteniamo che, se il Governo dovesse proporre ulteriori tagli alla salute, bene farebbe a rinunciare ad un sistema olistico ed universale. Altrimenti, un sistema che ci invidiano in tanti potrebbe essere il primo *default* della nostra Nazione; questo è veramente ciò che non vorremmo. (*Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII*).

PRESIDENTE. La Presidenza la autorizza a depositare il testo del suo intervento, senatore Floris.

È iscritto a parlare il senatore Zizza. Ne ha facoltà.

ZIZZA (*CoR*). Signora Presidente, il provvedimento di cui stiamo discutendo non prevede un giusto riconoscimento di tutte le categorie, ma solo di alcune. Abbiamo sentito prima, nel corso degli interventi, il caso degli insegnanti di educazione fisica e dei laureati in scienze motorie e io oggi vorrei parlare anche del caso degli ottici optometristi. Ricordo che, allo stato attuale, la normativa che regola questa professione è contenuta nell'articolo 12 del regolamento sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie del 1928. Prima ho sentito alcuni colleghi che definivano inadeguate alcune norme del 1945; bene, qui parliamo di una norma del 1928. In tutta Italia ci sono circa 12.000 ottici optometristi, che non vedono il riconoscimento di un giusto diritto da parte di questa norma. Si tratta di 12.000 professionisti, che pagano le tasse e che difendono posti di lavoro per migliaia e migliaia di persone. L'Italia rappresenta un'eccellenza in questo campo e in questa materia. Parliamo anche di tutte le fabbriche italiane che operano nel settore, ad esempio la Luxottica e la Safilo; si tratta di grandi aziende, che vedono nella professione degli ottici optometristi la possibilità di creare mercato, di creare posti di lavoro e di pagare le tasse.

Siamo dispiaciuti, perché abbiamo visto che sugli emendamenti che riguardano il riconoscimento di questa professione è stato espresso parere contrario ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione. Mi auguro che non ci si sia nascosti dietro l'articolo 81 per bocciare un giusto diritto di questi professionisti e che giustamente è stato riconosciuto ad altre professioni, come l'osteopata o il chiropratico. La presenza di alcune *lobby* di medici che bloccano la possibilità di un riconoscimento di questa professione mi sembra un fatto vergognoso che sembra fermo al Medioevo. Questa è una forte ingiustizia; l'attività degli ottici professionisti viene riconosciuta in tutte le Nazioni europee.

Bene, rivolgo un'ulteriore appello al Governo e alla Commissione igiene e sanità: fate giustizia, fate giustizia! La delusione non ha nulla a che vedere con il riconoscimento delle altre professioni, ma è legata alla constatazione che ci sono delle forti *lobby* che bloccano lo sviluppo e la crescita di questa professione. Si tratta di un'ottusa sordità o di una cecità selettiva; tale incapacità di comprendere l'evoluzione di una categoria si scontra palesemente con l'opinione pubblica. In tutti i negozi italiani di ottica ci sono migliaia e migliaia di clienti che riconoscono questa figura professionale e in tutte le Regioni ci sono corsi di laurea e viene riconosciuta la laurea in ottica e optometria. In questo Parlamento invece non è data dignità a questa professione. Ebbene, faccio un ulteriore appello al Sottosegretario e alla Commissione: ritengo che ci siano le condizioni perché si possa trovare una soluzione per riconoscere questo diritto. (*Applausi dei senatori Pepe e Bignami*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Romano. Ne ha facoltà.

ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signora Presidente, signor Sottosegretario, presidente De Biasi, colleghi, oggi andiamo a trattare un tema che non solo risponde a criteri di grande attualità e di grande richiesta, ma anche ad una sintonia che ha caratterizzato i lavori presso la 12ª Commissione. Credo che di ciò bisogna darne atto perché quando varie componenti di una Commissione si uniformano in una ricca dialettica costruttiva ad un sentire comune superano quella che è la dimensione di parte, altresì definita partitica, per entrare in una dimensione più propriamente politica.

Signora Presidente, circa il provvedimento di cui oggi discutiamo, vorrei tratteggiare solamente qualche brevissimo richiamo in merito all'articolo 2 e sono particolarmente grato della sua Presidenza in questo momento, per un motivo molto semplice: io vado a trattare l'articolo inerente all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e, in particolare, per quanto riguarda l'aggiornamento degli stessi LEA con inserimento delle procedure di controllo del dolore nella fase di travaglio e di parto. È un tema che rappresenta una testimonianza tangibile di una civiltà assistenziale, di un *modus agendi* da tanto tempo atteso e da tantissime donne richiesto in tutto il territorio nazionale e non a macchia di leopardo come si caratterizza l'assistenza in sala parto solo e soltanto in alcune zone d'Italia.

A me sembra, signora Presidente, che questa tematica crei una declinazione di apertura da una riflessione squisitamente in ambito bioetico e della biomedicina in un ambito più correttamente di ordine biopolitico e – oserei dire – di ordine «biolegislativo». Ciò non nell'ottica della biopolitica, come veniva richiamato dal suo mentore Michel Foucault, vale a dire come un dominio della politica e dell'arte politica sul corpo, sulla vita della donna e sul corpo in genere, ma come una nuova forma paradigmatica in cui il rispetto e la dignità dell'essere donna, dell'essere persona nel momento del travaglio, possa avere un suo riconoscimento nobile, un'intrinseca dignità in tale momento.

Arriviamo a questa formulazione con un po' di ritardo, ma ci arriviamo. Ci giungiamo dopo che il Comitato nazionale per la bioetica, nel lontano marzo del 2001, in un documento dal titolo «La terapia del dolore: orientamenti bioetici» dedicava un paragrafo *ad hoc* al tema del trattamento del dolore in travaglio di parto. Faccio mio quanto il documento riportava dicendo che il ricorrere alla sedazione del dolore del parto non si pone come alternativa al parto naturale, ma come mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare, con la sedazione del dolore, un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento. Detta così, potremmo dire che è un'enunciazione di ordine programmatico, una declinazione di principi e valori di riferimento. A me però non sembra così, signora Presidente, signor Sottosegretario, perché se andiamo ad analizzare anche in termini di bioeconomia (utilizzando quest'altra declinazione riconosciuta non solo a livello accademico), ri-

scontriamo che con l'analgia in travaglio di parto, oltre ad avere una maggiore *compliance* da parte della gestante stessa, si registra una riduzione della medicina difensiva in quanto si riduce il ricorso al taglio cesareo, con una conseguente riduzione dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale, oltre a conseguire una partecipazione attiva e collaborativa da parte della stessa gestante. Tale sedazione può avvenire nelle sue varie declinazioni, che sia l'epidurale, la spinale, il blocco combinato spino-peridurale.

Vorrei sottoporre a quest'Assemblea un aspetto particolare: l'Hastings center richiamava già nel lontano 1997 l'assoluta opportunità e ineludibilità del ricorso alla partoanalgia. In poche parole, in alcuni momenti, quando il dolore è particolarmente intenso e la grande sofferenza fisica si trasforma da una dimensione fisiologica a una di patologia percepita (come il travaglio di parto non è), è un diritto della partoriente scegliere un'anestesia che sia efficace e che dovrebbe essere inclusa tra quelle garantite, come dicevo nell'*incipit* del mio intervento, nei livelli essenziali di assistenza su tutto territorio nazionale.

Signora Presidente, mi permetto di dire che tutto questo non è sufficiente. All'articolo 2 del provvedimento in discussione leggo infatti una ricomposizione di quella dialettica valoriale che per troppo tempo ha trovato delle errate esegesi di quel messaggio biblico che dice alla donna «con dolore partorirai figli», che è stato interpretato come una sorta di condanna, di imperativo categorico nei confronti della donna. Tuttavia, un'esegesi molto più accorta ed avveduta sotto il profilo biblico e teologico – che a me sembra rappresenti il fondamento dell'atto pratico in quanto anestesia loco-regionale – è che la dimensione della disarmonia che si incuneava nella sessualità, nella fecondità e nel rapporto generazionale (il fondamento di quella che viene definita l'immortalità della procreazione e della generazione) non era una condanna. Questo perché si andava a creare simbolicamente, attraverso la sofferenza, la dimensione propria dell'atto procreativo e generativo, che non rappresentava un *minus*, ma rientrava in quella dimensione (questo è il passaggio delicato) profondamente umana che caratterizza il gesto nobile dell'atto procreativo e generativo. Pertanto, declinare nuovamente sotto il profilo biomedico questo aspetto significa dare un corrispettivo di verità, una lettura – se l'Assemblea me lo consente – ermeneutica corretta al significato della sofferenza e del dolore del travaglio del parto, che non è una condanna, tanto meno qualcosa di auspicato o di auspicabile; piuttosto, essendo ontologicamente, intrinsecamente iscritto nella natura dell'essere umano, altrettanto è nella natura dell'essere umano trovare un antidoto, una soluzione, un intervento di ordine terapeutico alla sofferenza e al dolore, perché non sono una condanna, ma sono iscritti nella mortalità dell'essere persona. Il paradosso – questo sì – di ordine interpretativo è che nella dimensione della immortalità trova il suo sussidio, il suo aiuto nel mezzo terapeutico della partoanalgia. Infatti, la dimensione procreativa e generativa è intrinseca nell'immortalità dell'essere persona che si trasferisce nel nuovo essere, cioè il figlio.

Non me ne vogliano le ostetriche, una parola la cui etimologia viene da *obstare*, che significa stare davanti, ma nella dimensione dell'assistenza; nella terapia antalgica c'è tutta la dimensione dell'assistenza, dello *adsistere*, cioè dello stare a fianco. In quella relazionalità assistenziale che usufruisce di un mezzo, di un sistema per far sì che il dolore non ci sia o che venga attutito, c'è tutta la nobiltà sia dell'assistenza medica ed ostetrica, ma anche tutta la nobiltà e la grande dignità della procreazione e della generatività.

Questo ho letto nell'articolo 2 e non mi soffermo sugli altri. Sono portato a mostrare verso questo tema, evidentemente, per ovvi motivi e per lunga frequentazione dell'ambito assistenziale, maggiore sensibilità e maggiore condivisione, insieme al mio plauso per averlo voluto ricomprendere tra i livelli essenziali di assistenza. Lo richiede e lo impone la dignità della donna. (*Applausi dal Gruppo PD e della senatrice Bianconi. Congratulazioni*).

Saluto ad una rappresentanza di studenti

PRESIDENTE. Saluto le studentesse e gli studenti della 2ª D del Liceo scientifico «Guido Castelnuovo» di Firenze. Benvenute e benvenuti al Senato (*Applausi*).

Ripresa della discussione dei disegni di legge nn. 1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833 (ore 12,26)

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Bianco. Ne ha facoltà.

BIANCO (*PD*). Signora Presidente, cercherò di dare anch'io il mio contributo alla snellezza dei lavori, riservandomi di consegnare un testo scritto più articolato e limitando le parole a pochissime osservazioni.

Mi aiuta in tutto questo lo sviluppo del dibattito di questa mattina: interventi molto precisi, molto puntuali, alcuni preoccupati, altri critici, che hanno variamente illustrato le multiformi materie di questo provvedimento. Mi pare anche, però, che tutti gli interventi concordino su due questioni: una di merito e l'altra di metodo. Il merito è che comunque le materie sono vive, questioni aperte che scontano ritardi del legislatore e rispetto alle quali credo che lo stesso legislatore debba dare risposte. La questione più di metodo, ma di grande significato: da tutte le parti è stato concorde il riconoscimento di uno sforzo plurale, di più culture, di più visioni dei problemi, di più appartenenze politiche certamente – siamo in Parlamento – ma tutte ragionevolmente confluite nel definire uno spazio di interesse comune, che poi sono gli interessi pubblici.

La tutela della salute è un bene comune che va protetto, promosso, sostenuto; che va adeguato tempestivamente alle nuove esigenze che pre-

potentemente scendono in campo. Naturalmente esistono visioni diverse (aggiungerei: per fortuna).

Anche stamattina, chiamandomi in causa, il senatore D'Anna ci ha riproposto le sue legittime visioni del problema: egli critica, nel nostro modello di Servizio sanitario nazionale e di tutto ciò che attorno a questo nasce e cresce, la posizione dominante del pubblico, la mancanza di un vero mercato, la mancanza di una vera concorrenza; da qui gli sprechi, la mancanza e la perdita di potenziale qualità, la ridotta libertà di scelta dei cittadini. Naturalmente, la materia è molto più complessa, e probabilmente nemmeno troppo pertinente, però vorrei dire semplicemente al senatore D'Anna che in ogni caso il nostro modello, con i suoi limiti e i suoi difetti (che nessuno ovviamente mette sotto al tappeto), è quello che meglio garantisce il rapporto tra la qualità delle prestazioni e l'investimento di risorse. Lì siamo in testa a tutte le classifiche.

Il nostro modello è quello che, con il 6,8 per cento di spesa pubblica rispetto al PIL garantisce queste prestazioni. Il nostro modello è quello che è pubblico per ciò che paga ma è al 35-40 per cento privato per chi eroga i servizi. È un modello laico. (*Applausi dal Gruppo PD e del senatore Floris*).

Il nostro Servizio sanitario è quello che garantisce che entrino nelle disponibilità di tutti i cittadini, indipendentemente dalla carta di credito, le grandi innovazioni delle tecnologie, dei farmaci; e qualche volta in questi anni ho pensato come sarebbe stato diverso e più drammatico il peso della crisi se non avessimo avuto la sanità pubblica e la scuola pubblica. Si può anche non andare a cena, non cambiare la macchina, non andare al cinema, ma non si può non mandare i figli a scuola; non ci si può non curare. (*Applausi dal Gruppo PD*).

D'ANNA (*AL-A (MpA)*). La sanità è pubblica, non è statale.

PRESIDENTE. Senatore D'Anna, per favore, lasci concludere l'intervento al senatore Bianco.

BIANCO (*PD*). Senatore D'Anna, siamo sicuri...

PRESIDENTE. Senatore Bianco, non si rivolga al senatore D'Anna, perché l'ho già ripreso. Lei concluda il suo intervento.

BIANCO (*PD*). Ha ragione, Presidente.

Siamo sicuri che questa legittima sollecitazione al dialogo in realtà non prefiguri una condizione per la quale concorrenza, mercato e sanità siano cose e fattispecie molto particolari e che l'unico modello di riferimento sia l'America dove la spesa sanitaria costituisce il 14 per cento del PIL? Dico questo anche per evidenziare quel respiro che queste norme, naturalmente non direttamente coinvolte, danno al provvedimento in esame.

Vorrei solo ricordare la riforma degli ordini e delle professioni sanitarie. È stato detto tantissimo, per cui è davvero inutile continuare. Volevo solo sottolineare che forse la forza innovatrice di questa novella, che non è una delega, sta proprio nel ridisegnare la *mission*, le funzioni e i ruoli, che sono diversi e profondamente modificati dallo sviluppo della sanità e della medicina. Se non li cambiamo e li rendiamo adeguati a reggere queste sfide, non avranno la capacità di assolvere quel ruolo di *governance* della complessità delle attività professionali sanitarie nella moderna sanità. È questa la forza innovatrice.

Ho sentito poi obiezioni sul funzionamento e sulle elezioni. In realtà, alcune non le ho lette nel testo, che è aperto; tutto il meccanismo elettorale è affidato in realtà a un decreto che dovrà emanare il Ministero della salute: lì si potranno rivedere i bilanciamenti tra rappresentanza, rappresentatività, democrazia, durata delle cariche e così via.

Mi pare inoltre non più rinviabile un ragionamento serio sulla sperimentazione e la ricerca clinica. Guardate, la ricerca e la sperimentazione sono le gambe su cui cammina il futuro della medicina come scienza (e non solo della medicina). O davvero siamo in grado di salvaguardarne l'integrità, di proteggerne e di promuoverne lo sviluppo pieno, oppure ci disegniamo un futuro asfittico. Credo che il provvedimento da questo punto di vista uno sforzo lo faccia.

Credo che siamo di fronte a una buona legge, che dà delle risposte che giacciono lì da tempo, e ritengo che se riusciremo – e me lo auguro – a portare a compimento e consegnare alla *Gazzetta Ufficiale* questo provvedimento, avremo sicuramente dato un contributo rilevante. Poi naturalmente si scontano, come spesso succede, obiezioni, critiche, opposizioni, visioni diverse, insoddisfazioni, ma è normale, perché è una materia complicata e difficile. Intanto questo è un buon passo, facciamolo decisi e convinti. (*Applausi dai Gruppi PD e AP (NCD-UDC)*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

Ha facoltà di parlare la relatrice.

DE BIASI, *relatrice*. Signora Presidente... (*Brusio. Richiami della Presidente*).

So che siamo tutti stanchi e penso che dobbiamo passare rapidamente alle votazioni quindi chiederei ai colleghi e alle colleghe un po' di concentrazione. Innanzitutto voglio ringraziare per la profondità del dibattito che si è svolto e per l'ampiezza. Naturalmente, come sempre in questi casi, si dovrebbe ricominciare, perché pian piano i colleghi si sono resi conto dell'importanza di questo provvedimento, probabilmente sfuggita per modalità un po' tumultuose dei lavori dell'Aula.

In Commissione abbiamo approfondito moltissimo e abbiamo fatto moltissime audizioni. Sono 1.200.000 i professionisti della sanità che stanno attendendo questo provvedimento. Non sono pochi: aspettano da quattordici anni.

Devo ringraziare per il lavoro svolto dal mio predecessore in Commissione sanità che ha iniziato questo lavoro tremendo – perché è davvero molto difficile – e non ce l'ha fatta. Penso che man mano nel tempo, anche con quelli venuti ancora prima, siamo riusciti a raggiungere un punto di equilibrio, anche se difficile e insoddisfacente. Non c'è dubbio che sia così perché tutti avremmo voluto poter fare di più, ma questo è il punto di equilibrio. L'Unione europea stabilisce che gli ordini professionali in campo sanitario siano indispensabili per combattere l'abusivismo professionale. La medicina transfrontaliera ci dice che dobbiamo entrare in Europa a testa alta con le professioni sanitarie riconosciute. L'abusivismo professionale non è un problema soltanto dei professionisti, ma innanzitutto di sicurezza dei cittadini. Esiste una dignità professionale per tutti, dai medici fino a tutte le professioni sanitarie che oggi riconosciamo. Questa è la prima importante novità.

Vengo alla seconda. Qualcuno ha detto che non vengono declinati i percorsi formativi. Giustamente per le nuove professioni che riconosciamo non vengono declinati i percorsi formativi perché sono di competenza del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministero della salute. Credo che, se ognuno facesse seriamente e bene la sua parte (Parlamento, Governo e Ministeri), lavoreremmo probabilmente un po' meglio di quanto non abbiamo fatto fino ad oggi. (*Applausi della senatrice Rizzotti*).

In terzo luogo, c'è un equilibrio nella struttura di questo provvedimento per quanto riguarda le professioni. Voglio essere molto chiara in materia: so che ci sono ragioni consistenti perché alcune professioni sanitarie siano riconosciute. Tuttavia, il punto di equilibrio che abbiamo raggiunto vuole che ci sia per tali professioni una «scatola», quella dei tecnici di radiologia, in cui, per la prima volta nella storia italiana, saranno obbligatoriamente previsti gli albi di queste professioni sanitarie. Questo è fondamentale. Abbiamo poi naturalmente medici, farmacisti infermieri, ostetrici, psicologi e biologi che avranno un ordine a sé. Ma se tocchiamo quella struttura che abbiamo previsto, oggi già molto complessa e quasi sperimentale, andiamo a rompere un equilibrio molto delicato. Penso dunque che la cosa più importante sia far uscire il provvedimento da quest'Aula, perché è fermo qui da troppi anni, e farlo approdare per la seconda lettura alla Camera, in cui, in accordo con i Ministeri, si potranno fare dei ragionamenti.

In quarto luogo, ci sono le due nuove professioni che vengono istituite (osteopata e chiropratico). Capisco tutto e sono consapevole che ci sono contrarietà; sono consapevole che c'è una professione in particolare che è contraria all'istituzione di un albo composito di tecnici della riabilitazione, ma voglio dire a questa nobile professione, quella del fisioterapista, che il dissenso sta nella democrazia e che, quindi, io accetto tutte le critiche mosse a me e al lavoro della Commissione e mi prendo le responsabilità che mi competono, come se le prenderà il Governo. Però, care colleghe e cari colleghi, mi volete dire cosa c'entra il dissenso con l'insulto, la minaccia e il dare dei ladri a tutti noi – perché questo è accaduto – in

nome di una professione che dovrebbe, viceversa, curare in modo dolce le persone? Voglio essere chiara su questo punto, Presidente. (*Applausi del senatore Di Biagio*). Non è accettabile che vi sia una sovrapposizione che diventa conflitto di interesse etico nei confronti del Parlamento. Non si accetta; siamo persone perbene. Abbiamo lavorato unitariamente. Il dissenso è fisiologico, ma l'insulto, quando travalica, diventerà oggetto di un intervento penale. (*Applausi dai Gruppi PD e AP (NCD-UDC)*).

In più, gli osteopati avranno per la prima volta l'obbligo di conseguire una laurea triennale. È un fatto importantissimo, perché oggi quest'obbligo non c'è. Preferiamo che ci siano studi con targhe recanti la scritta «osteopata» senza che sia stata conseguita una laurea? Preferiamo che vi sia la scritta «fisioterapista» senza che sia stata conseguita una laurea o esista un albo? Preferiamo che vi sia l'etichetta «chiropratico» senza che vi sia la validazione di una laurea? Oppure preferiamo che, insieme, lavorino in modo trasparente, finalmente, con sanzioni deontologiche ad oggi assenti in questo Paese?

Credo che dobbiamo scegliere per le professioni, come lo scegliamo per noi, la trasparenza, e il codice deontologico garantisce questa trasparenza. Serve anche un po' di generosità, perché non è possibile pensare solo ed esclusivamente al mercato dei pazienti. (*Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Rizzotti*). È questo alla fine il problema, perché è in gioco la qualità della salute dei cittadini.

Per quale motivo noi abbiamo stralciato questi articoli, cioè il resto del provvedimento? Intanto perché, francamente, riferendo la mia opinione (ma credo anche di tutta la Commissione), questo non è più tempo di grandi disegni infiniti che poi non trovano applicazione: bisogna scegliere le priorità, e le priorità sono state la ricerca, che è fondamentale nel nostro Paese (la ricerca clinica e poi quella sui farmaci in particolare) e, in secondo luogo, la maternità, perché prima di ragionare sui programmi di fertilità noi dobbiamo ragionare sulla sicurezza della maternità. Troppe donne, infatti, muoiono ancora oggi di parto, perché non vi sono i registri; perché ci sono Regioni dove i parti cesarei arrivano fino al 92 per cento, ed è uno scandalo e una vergogna di questo Paese! Quindi, noi dobbiamo andare verso l'evento più bello del mondo, quello di mettere al mondo una vita, nel modo più naturale e indolore per la donna e, ovviamente, anche sicuro per il bambino.

Abbiamo poi sanzionato quei delinquenti – perché questo sono – che maltrattano gli anziani e i disabili nelle case e nelle residenze protette. Ricordiamocelo. (*Applausi della senatrice Albano*).

Potrei andare avanti a lungo, ma voglio davvero concludere, per consentirci di lavorare, e di lavorare meglio. Voglio dire al senatore Mandelli, signora Presidente, che non è vero quanto da lui detto, cioè che vi è incertezza rispetto alla riforma costituzionale e alla territorialità degli ordini. In realtà, nell'articolo 1 c'è scritto esattamente quanto poi è presente nella legge Delrio. La fotografia degli ordini sta sulla fotografia del territorio delle Province, come nella legge del 2012. Tutto ovviamente si può mi-

gliorare, ma non confondiamo mele e pere, perché la realtà è un po' più chiara.

Abbiamo lavorato per le donne inserendo la medicina di genere, che non è la medicina delle donne. Voglio essere molto chiara al riguardo. Smettiamo di pensare che, come mi ha detto una sera una signora, adesso abbiamo anche l'aspirina rosa. La medicina di genere non è questa sciocchezza. La medicina di genere non è fatta per le donne; è fatta per corpi diversi ed elementi diversi tra uomini e donne, affinché non ci sia invasività dei farmaci sui corpi femminili, perché ci sia il rispetto degli uomini e delle donne e del loro sacrosanto diritto a venire curati. Non è quindi una quota, ma è un approccio metodologico e scientifico che ha grandissimo valore e in questo senso dobbiamo andare avanti.

Tutto può essere fatto meglio. Ci rendiamo conto delle nostre insufficienze, ma la democrazia è basata su un aspetto fondamentale: dopo la discussione si decide. Oggi noi dobbiamo decidere, finalmente, perché il tempo è adesso. Non possiamo permetterci, ancora una volta, di voltare la testa dall'altra parte per piccole o grandi miserie quotidiane o per piccoli o grandi conflitti d'interesse.

Siamo consapevoli che stiamo compiendo un passo molto più importante di quanto molti di noi possano pensare in favore di una migliore sanità e di un migliore Servizio sanitario nazionale. (*Applausi dai Gruppi PD e AP (NCD-UDC) e della senatrice Rizzotti*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, senatrici, senatori, vorrei svolgere qualche breve e spero utile osservazione a conclusione di questo che considero, senza infingimenti, un ottimo dibattito.

Arriva in Aula un testo che – come è stato segnalato – è frutto di un lavoro molto intenso e anche molto proficuo che si è sviluppato nella Commissione igiene e sanità. Perciò debbo ringraziare, non ritualmente, i senatori che hanno contribuito a questa attività, in un clima dove il merito delle questioni ha sempre superato – in questa circostanza direi virtuosamente – posizionamenti di parte che spesso rendono il nostro lavoro non semplice, né in alcuni casi comprensibile.

Si è determinato in Commissione un lavoro molto costruttivo, sicuramente grazie a chi presiede la Commissione, la presidente De Biasi, che anche nella funzione di relatrice ha potuto raccogliere, insieme al Governo, indicazioni importanti da tutti i Gruppi politici, sì da proporre un testo che è stato approvato – vorrei ricordare – dall'unanimità dei presenti nell'edizione che quest'Assemblea sta valutando.

Si è creato un clima profondamente positivo, direi *sine ira et studio*, che ha consentito un lavoro lungo e sicuramente datato, com'è stato fatto notare, perché molti degli elementi del disegno di legge facevano parte di attività parlamentari precedenti a questa legislatura e, quindi, c'è una sedimentazione complessa con la quale abbiamo dovuto fare i conti.

È stato già detto, e vorrei ancora sottolinearlo, come in tema di sperimentazione dei medicinali a uso umano il provvedimento si spinga molto in avanti – questa è l'opinione del Governo – e spinga in avanti anche il nostro Paese, anche con delle specificità che sono state segnalate, soprattutto sulla medicina di genere, collocandolo finalmente in una prospettiva sempre più europea, dove i principi sulla sperimentazione scientifica, come quelli della semplificazione (risvolti anche economici a questa attività, ma soprattutto – mi sentirei di dire – assistenziali della ricerca e della sperimentazione), troveranno una più forte definizione che consentirà sicuramente al nostro sistema sanitario di cogliere meglio le straordinarie opportunità che, a livello mondiale, l'innovazione e la ricerca stanno portando avanti tumultuosamente.

Vorrei segnalare solo due o tre punti, il primo dei quali, più volte segnalato, è quello relativo all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2001, per le procedure di controllo del dolore nella fase del travaglio e del parto. Finalmente quel provvedimento è alle battute finali. Da qui a qualche giorno, dopo un lungo e faticoso lavoro delle Regioni, del Ministero dell'economia e dello stesso Ministero della salute, arriverà a definizione nella Conferenza Stato-Regioni l'aggiornamento atteso da tantissimi anni, da più di 15 anni, con una sua definitiva approvazione.

È palese che una parte sostanziale del provvedimento è costituita proprio dalle innovazioni introdotte nel complesso settore degli ordini delle professioni sanitarie dall'articolo 3 del disegno di legge in esame, che interviene con una riforma organica degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie al fine di rendere il nostro sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne una funzionalità nell'interesse prioritario dei cittadini. Molti di questi elementi, oltre a quelli citati del 1946, per la lunghezza storica di alcune impostazioni, soprattutto con riferimento ad alcuni ordini, sono di ben più vecchia data e addirittura superano il secolo. Quindi, abbiamo dovuto costruire un'attività molto delicata di valutazione e anche di confronto con il lavoro della Commissione.

In alcuni interventi è stato indicato qualche elemento di non corretta precisione che vorrei segnalare. La riforma è caratterizzata da un duplice intervento sostanziale. La prima novità è rappresentata dalla definizione della natura giuridica degli ordini quali enti pubblici non economici e organi sussidiari dello Stato che hanno lo scopo di tutelare interessi pubblici connessi all'attività e all'esercizio dell'attività professionale. Essi saranno enti dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute. Inoltre, viene chiarito in maniera netta che si tratta di enti finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza pertanto gravare sulla finanza pubblica. Ne viene esaltato il ruolo di enti preposti alla promozione e assicurazione dell'indipendenza e dell'autonomia delle professioni nel loro esercizio.

Segnalo – qualche Gruppo l'ha indicato come problema – che nell'individuare i compiti degli ordini medesimi, la pubblicità degli atti e degli albi delle rispettive professioni e la verifica del possesso dei titoli abili-

tanti, il disegno di legge in esame dispone che essi devono operare garantendo il rispetto di principi fondamentali quali l'accessibilità e la trasparenza, richiamandosi specificamente il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, sulla trasparenza nella pubblica amministrazione.

Mi sento di segnalare un secondo e ultimo elemento, riguardante il procedimento disciplinare, innovato profondamente. È materia di tutti i giorni, e credo faccia parte del sistema sanitario, anche il tema della conflittualità e della responsabilità degli esercenti nelle professioni sanitarie. Al fine di garantire l'autonomia e la terzietà del giudizio disciplinare, il disegno di legge in esame prevede una separazione netta tra funzioni istruttorie e funzione giudicante.

A tal fine, in ogni Regione saranno costituiti appositi uffici istruttori di albo cui partecipa, oltre agli iscritti all'uopo sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione, anche un rappresentante estraneo alle professioni medesime nominato dal Ministero della salute. Questi uffici istruttori, sulla base di esposti e su richiesta del Presidente della commissione disciplinare o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento e l'apertura di un procedimento disciplinare.

Per effetto del mutato quadro ordinamentale e formativo delle professioni dell'infermiere e del tecnico sanitario di radiologia, è stato segnalato – vado velocemente per sintesi – che sia il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sia altri provvedimenti, come la legge 1° febbraio 2006, n. 43, hanno tentato di inquadrare il tema delle tante professioni sanitarie (sono 17 quelle riconosciute). C'è stata una riorganizzazione molto virtuosa, con la previsione della costituzione degli albi per le professioni sanitarie che ne sono ancora sprovviste all'interno dell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle cosiddette professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione. Le procedure per l'individuazione di queste professioni erano abbastanza note e sono convinto che il disegno di legge che stiamo per approvare chiarisca finalmente il quadro di questa organizzazione di ordini, albi e federazioni nazionali.

Altra significativa novità è quella dell'istituzione dell'osteopata e del chiropratico. Per alcune di queste professioni ci sono iniziative comunitarie e anche provvedimenti a quella scala che hanno dato un indirizzo molto preciso al nostro Paese. Penso – finalmente – al passaggio sotto la vigilanza del Ministero della salute di professioni come quelle dei biologi e degli psicologi, nonché all'istituzione di albi relativi ai chimici e ai fisici. Vi è inoltre un'altra novità che viene a incidere sull'attuale organizzazione e sulla *governance* del sistema sanitario nel nostro Paese, con la previsione dell'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici.

Mi soffermo rapidamente su due altre segnalazioni: vengono previste, attraverso una integrazione al decreto legislativo n. 271 del 1989, che reca norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di proce-

dura penale, la destinazione dei beni immobili confiscati all'autore del reato di esercizio abusivo della professione sanitaria al patrimonio del Comune dove l'immobile è sito e la sua destinazione per finalità sociali e assistenziali. Merita di essere citato anche l'inasprimento delle sanzioni penali per chi compie reati ai danni delle persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semi-residenziali. Purtroppo la cronaca quotidiana ci segnala eventi drammatici di questo tipo, con cui il sistema sanitario e l'attività ispettiva del Ministero stanno facendo i conti.

Da ultimo, merita di essere menzionata la norma volta a prevedere che il conseguimento di più lauree o diplomi dia diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie presso le farmacie, ad eccezione, ovviamente, dei professionisti abilitati alla prescrizione dei medicinali, ovvero i medici. Avrei molto altro da aggiungere, ma dovendo procedere velocemente mi limito a ringraziare i componenti della Commissione e l'Assemblea per l'ottimo dibattito. Credo che stiamo facendo un servizio importante, attraverso un provvedimento che, dopo una lunga attività parlamentare, arriva finalmente ad una positiva conclusione. (*Applausi dal Gruppo PD*).

PRESIDENTE. Comunico che sono pervenuti alla Presidenza – e sono in distribuzione – i pareri espressi dalla 1ª e dalla 5ª Commissione permanente sul disegno di legge in esame e sugli emendamenti, che verranno pubblicati in allegato al Resoconto della seduta odierna.

Onorevoli colleghe e colleghi, la Presidenza, anche in considerazione dei criteri adottati nel corso dell'esame in sede referente, dichiara improponibili, ai sensi dell'articolo 97, comma 1, del Regolamento, gli emendamenti: 2.202, 3.230, 3.231, 3.232, 3.233, 7.201, 8.0.200 e 11.0.200, nonché l'ordine del giorno G1.100 per estraneità al contenuto del disegno di legge in esame.

Dichiara altresì inammissibile l'emendamento 3.216, in quanto privo del requisito essenziale della previsione dei principi e criteri direttivi per il conferimento della delega legislativa.

Passiamo all'esame degli articoli del disegno di legge n. 1324, nel testo proposto dalla Commissione.

Procediamo all'esame dell'articolo 1, sul quale sono stati presentati emendamenti e ordini del giorno che invito i presentatori ad illustrare.

FUCKSIA (*Misto*). L'emendamento 1.200 mira a sottolineare l'importanza di prevedere anche metodi alternativi, che rappresentino una concreta speranza per il futuro di non utilizzare gli animali nella ricerca, almeno per quanto riguarda la ricerca applicata. L'alternativa si fonda sul sistema delle tre R, *replacement, reduction and refinement*, ovvero sostituzione, riduzione e perfezionamento. Si tratta di un percorso che coniuga l'interesse economico a ridurre i costi della ricerca, rendendola più efficace, produttiva e pertinente, con quello più specificamente etico di evi-

tare il sacrificio degli animali in nome del progresso scientifico, quando ciò non apporta nulla di nuovo.

In tutto il mondo si guarda con attenzione e speranza allo sviluppo di questi metodi di ricerca. Una forte accelerazione è stata impressa recentemente dalla nuova direzione dello European center for the validation of alternative methods, istituto tecnico della Commissione europea con il compito di studiare, promuovere e validare i procedimenti in cui non si fa impiego di animali.

In ogni Paese membro dell'Unione europea hanno preso corpo valide iniziative, come l'European consensus platform for alternatives (ECOPA), a cui partecipano industrie farmaceutiche, enti governativi, istituti di ricerca e associazioni animaliste.

Risulta fondamentale percorrere la strada dei metodi alternativi che, al di là delle questioni etiche, stanno diventando a livello internazionale una realtà di progresso scientifico.

Mi permetto di fare un'altra considerazione. Questa mattina tutti hanno sottolineato il discorso della medicina personalizzata, della medicina di genere, di distinguere la ricerca anche per fasce d'età (adulto-bambino, razza, tipologia), perché sempre di più la ricerca avanzata si concentra addirittura sull'isotipo, sulla cellula specifica, sulla differenza di metabolismo. Quindi, sempre più, un certo modo di fare ricerca rimane antiquato, fuori dai tempi; ci sono altre tecniche e altre possibilità.

Con questo emendamento si invita a individuare le modalità per promuovere questi modelli alternativi di sperimentazione. È un fattore etico, ma anche di sviluppo economico, su cui l'Italia potrebbe diventare *leader*. Oggi, nella disastrosa economia nazionale italiana, le industrie farmaceutiche vanno avanti, la loro ricerca è apprezzata e garantiscono assunzioni e aumento del Prodotto interno lordo, per quanto riguarda il settore farmaceutico. Ampliare e investire in questo settore, se abbiamo un po' di lungimiranza, porterebbe ad essere all'avanguardia e promotori a livello europeo e mondiale. Invito, quindi, alla sottoscrizione e all'approvazione di questo emendamento.

DIRINDIN (*PD*). Signora Presidente, ritiro l'emendamento 1.202.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

ORELLANA (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signora Presidente, illustro i tre ordini del giorno a mio nome e cercherò di essere breve, considerati i tempi. L'ordine del giorno G1.101 intende rafforzare l'impegno, già assunto dal Governo, nell'ambito della medicina di genere, in particolare attraverso il formale riconoscimento a livello nazionale di tale approccio e il sostegno alla ricerca sulla medicina di genere, anche incentivando la creazione, all'interno delle strutture sanitarie nazionali, di poli specificamente dedicati alla presa in carico dei pazienti di genere femminile.

Ricordo che lo scorso 22 aprile è stata la prima giornata nazionale della salute della donna e in quella occasione vi è stato il manifesto della salute della donna in cui si è segnalata, in particolare, l'importanza della medicina di genere.

L'ordine del giorno G1.102 mira a rendere il sistema di tariffazione delle strutture residenziali e semiresidenziali più equo e rispondente ai reali bisogni della popolazione, mentre l'ordine del giorno G1.103 mira a rafforzare l'impegno del Governo nell'attuare i piani vaccinali e di *screening* su tutta la popolazione (vero momento di prevenzione), nonché ad eliminare l'iniquo divario esistente tra i cittadini delle varie Regioni riguardo la possibilità di fruire delle prestazioni erogate dai LEA.

FUCKSIA (*Misto*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, ho visto che all'articolo 1 ho un altro emendamento e lo vorrei brevemente illustrare.

PRESIDENTE. Cerchi di non essere distratta la prossima volta. Lei ha diritto solo a un intervento, mi spiace. Le darò la parola in sede di dichiarazione di voto.

Invito la relatrice ed il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti e sugli ordini del giorno in esame.

DE BIASI, *relatrice*. Signora Presidente, invito la senatrice Fucksia al ritiro e alla trasformazione in ordine del giorno dell'emendamento 1.200, diversamente il parere è contrario. Sull'emendamento 1.201 esprimo parere contrario. L'ordine del giorno G1.100 è improponibile. Sui ordini del giorno G1.101 e G1.102 esprimo parere favorevole, con la seguente riformulazione del dispositivo: dopo le parole «impegna il Governo a» aggiungere le seguenti «valutare l'opportunità di». Sull'ordine del giorno G1.103 esprimo parere favorevole.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, esprimo parere conforme a quello della relatrice.

PRESIDENTE. Accetta la riformulazione, senatore Orellana?

ORELLANA (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Sì, signora Presidente.

BIGNAMI (*Misto-MovX*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIGNAMI (*Misto-MovX*). Chiediamo che le votazioni vengano effettuate a scrutinio simultaneo mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori.

(La richiesta risulta appoggiata).

Senatrice Fucksia, accetta l'invito della relatrice e del rappresentante del Governo a trasformare l'emendamento 1.200 in ordine del giorno?

FUCKSIA (*Misto*). No, Presidente, non accetto l'ordine del giorno perché l'emendamento è già quasi un ordine del giorno. Questo è un provvedimento su cui questa mattina ho sentito la Commissione autocomplimentarsi. Questo fa piacere, perché vuole dire che lavorare con passione, coinvolgimento e motivazione è una cosa positiva; tuttavia penso che i giudizi sul nostro lavoro li dovrebbero esprimere sempre gli altri. Sono altri che ci dovranno dire quanto siamo stati bravi in sede di applicazione. Alla fine, l'intero provvedimento è una serie di titoli che dovranno avere esplicitazione dettagliata e potrebbero anche riservare delle sorprese.

Ciò premesso, con questo emendamento si prevede soltanto di individuare delle modalità per la promozione di una sperimentazione con metodi alternativi a quello animale. È quasi un ordine del giorno, nelle premesse. Se non si accetta nemmeno questo, io non accetto di trasformarlo in ordine del giorno e insisto per la sua votazione.

CENTINAIO (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CENTINAIO (*LN-Aut*). Signora Presidente, a titolo personale chiedo di sottoscrivere l'emendamento 1.200 della senatrice Fucksia.

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 1.200, presentato dai senatori Fucksia e Centinaio.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

SANTANGELO (*M5S*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SANTANGELO (*M5S*). Signora Presidente, vorrei ricordarle, come sempre, che ci sono decine di tessere inserite in postazioni vuote.

PRESIDENTE. Avevo provveduto in anticipo a farle rimuovere.

SANTANGELO (*M5S*). Le ricordo, inoltre, che ai sensi dell'articolo 118 del Regolamento, nel caso in cui si evidenzino delle irregolarità, il Presidente può disporre l'annullamento della votazione per cui, dato che

siamo all'inizio delle votazioni, le chiedo di annullare la votazione precedente.

PRESIDENTE. Chiedo la collaborazione dei senatori: toglie le tessere di chi non è presente al suo posto. Per favore, chiedo ai colleghi di collaborare. Senatore Ferrara, stia tranquillo.

Ripartiamo quindi dal primo emendamento. Anullo la votazione precedente.

Indico nuovamente la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 1.200, presentato dai senatori Fucksia e Centinaio.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.201.

FUCKSIA (*Misto*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Non l'ha già fatta prima, senatrice Fucksia?

FUCKSIA (*Misto*). Non su questo emendamento, Presidente.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà. (*Proteste dal Gruppo PD*).

È inutile che protestiate quando c'è un diritto. I diritti vanno esercitati.

Prego, senatrice Fucksia.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, questo emendamento è molto importante perché mira a regolare il finanziamento privato ai progetti di ricerca in modo da restringere le possibilità di alterazione dei risultati per ragioni di interesse particolare. In particolare, per i progetti riguardanti la ricerca epidemiologica ambientale e la valutazione degli effetti sulla salute, si chiede di adottare precisi protocolli conformi al documento dell'International society for environmental epidemiology e delle dichiarazioni di interesse dello IARC (International Agency For Research on Cancer).

Quanta stampa si è occupata del glifosato e degli OGM? Quando si fa ricerca è importante che i risultati non siano falsati da un interesse personale. Non sto dicendo una cosa nuova: lo fa la IARC e lo fanno in tutto il mondo, con dei protocolli validati. Non capisco perché non si voglia sottolineare – ed anzi si stigmatizza – il fatto che la ricerca debba essere corretta e libera da interessi economici. Quando uno scrive un articolo scientifico, lo fa; non capisco perché non dobbiamo stigmatizzarlo e utilizzare qualcosa che non è da fare *ex novo*, ma è solo da copiare.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signora Presidente, vorrei aggiungere la mia firma all'emendamento 1.201.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 1.201, presentato dai senatori Fucksia e Romani Maurizio.

(*Segue la votazione*).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

L'emendamento 1.202 è stato ritirato.

L'ordine del giorno G1.100 è improponibile. Essendo stati accolti dal Governo, gli ordini del giorno G1.101 (testo 2), G1.102 (testo 2) e G1.103 non saranno posti ai voti.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'articolo 1.

(*Segue la votazione*).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo all'esame dell'articolo 2, sul quale sono stati presentati emendamenti e un ordine del giorno, che invito i presentatori ad illustrare.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, l'emendamento 2.200 affronta il tema dell'aggiornamento dei LEA e prevede l'inserimento delle parole «con cadenza biennale». Altrimenti, ogni quanto tempo li dobbiamo aggiornare?

Il successivo emendamento 2.201 riguarda la questione del controllo del dolore e delle tecniche alternative alle anestesie locoregionali. Io propongo di prevedere tra queste anche le tecniche di agopuntura, che sono tecniche validate.

L'emendamento 2.203 riguarda infine l'aggiornamento del nomenclatore tariffario, sempre con cadenza biennale.

ORELLANA (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signora Presidente, l'emendamento 2.204 richiede di integrare i criteri per l'aggiornamento dei LEA, prevedendo anche una revisione dell'elenco dei presidi per persone affette da patologia diabetica, finanziati dal Sistema sanitario nazionale, in linea con quanto previsto dagli obiettivi 6 e 9 del piano nazionale diabete e soddisfacendo così la richiesta di numerosissime associazioni di pazienti diabetici, che hanno anche sottoscritto una petizione indirizzata al Ministro.

L'ordine del giorno G2.100 riguarda lo stesso argomento e contiene un accenno in particolare ai bambini affetti da diabete, che hanno l'obbligo di mantenere sotto controllo il livello glicemico. Ci sono dei nuovi dispositivi che consentono di farlo in maniera molto più semplice, senza la necessità della puntura periodica, attualmente a carico degli insegnanti. Si

tratta di una modalità molto più semplice, che non sto qui a spiegare, in particolare per i bambini, come viene indicato nell'ordine del giorno.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signora Presidente, chiedo di aggiungere la mia firma all'ordine del giorno G2.100.

PRESIDENTE. Invito la relatrice e il rappresentante del Governo a pronunziarsi sugli emendamenti e sull'ordine del giorno in esame.

DE BIASI, *relatrice*. Esprimo parere contrario su tutti gli emendamenti. Data l'importanza dell'argomento affrontato dall'ordine del giorno G2.100, anche se totalmente fuori argomento, esprimo un parere favorevole.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, esprimo parere conforme a quello della relatrice.

Vorrei però segnalare alla senatrice Fucksia e al senatore Orellana che nella legge di stabilità di quest'anno il meccanismo di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è stato costruito in maniera più fluida e veloce, perché c'è una Commissione che paradossalmente potrebbe aggiornarli anche prima dei due anni, se ci fosse una necessità e un'evidenza su quel fronte; ciò porta con sé anche l'aggiornamento del nomenclatore. Non è più la vecchia procedura e proprio per questo non abbiamo espresso un parere favorevole, visto che nella legge di stabilità di quest'anno sono previsti meccanismi innovativi. Lo dico nel caso potesse risultare utile al fine di un ritiro degli emendamenti.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 2.200.

BIGNAMI (*Misto-MovX*). Chiediamo che le votazioni vengano effettuate a scrutinio simultaneo mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori.

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 2.200, presentato dalla senatrice Fucksia.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Stante il parere contrario espresso dalla 5ª Commissione ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, l'emendamento 2.201 è improcedibile.

L'emendamento 2.202 è improponibile.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 2.203, presentato dalla senatrice Fucksia.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 2.204.

ORELLANA (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signora Presidente, lo ritiro.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G2.100 non verrà posto ai voti.

Vorrei solo precisare che è la Presidenza a decidere se un testo è o no pertinente rispetto al contesto, non la relatrice. (*Commenti*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'articolo 2.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo all'esame dell'articolo 3, sul quale sono stati presentati emendamenti e ordini del giorno che invito i presentatori ad illustrare.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, illustro l'emendamento 3.200. In un'ottica di *spending review*, di riforme, di razionalizzazione e soprattutto di utilizzo di metodi telematici per cui a livello centrale possiamo avere l'elenco di tutti gli appartenenti agli albi e agli ordini, non si capisce perché non si eliminino gli ordini provinciali e si mantengano quelli regionali.

Io credo che un ordine regionale sia più che sufficiente, soprattutto nell'ottica dell'eliminazione delle Province. Parliamo di Città metropolitane, di riforme, di snellimento dell'apparato del Paese, quindi secondo me l'emendamento 3.200 si inserisce in questo solco; invece qualcuno vuole ancora mantenere gli ordini provinciali.

Vorrei anche sapere quanti utilizzano l'ordine provinciale. Personalmente sono iscritta all'Ordine di Ancona, ma lo utilizzo veramente pochissimo. Finché questi ordini servono va bene, ma secondo me un riferimento regionale è più che sufficiente.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signora Presidente, avendo compreso molto bene quello che ha detto il senatore Bianco, cioè che i decreti attuativi e i decreti delegati si preoccuperanno soprattutto di rendere più democratica la votazione all'interno degli ordini, ritiro gli emendamenti

3.207, 3.208 e 3.220, sperando che quanto in essi previsto venga realizzato in sede di decreti attuativi o di decreti delegati.

L'emendamento 3.229 propone di aggiungere, dopo le parole: «equipollenti o equivalenti alla laurea abilitante», le parole: «anche conseguiti all'estero» e serve semplicemente per specificare che l'equipollenza dei titoli validi per l'iscrizione a un albo professionale debba riguardare anche quelli conseguiti all'estero.

Veniamo invece all'emendamento 3.0.203 che, in base a quanto detto in discussione generale, è quello che mi sta più a cuore.

Leggo l'articolo 3-*bis* sull'«istituzione e la definizione della professione di dottore in scienze delle attività motorie e sportive»: «Nell'ambito delle professioni sanitarie è istituita la professione di dottore in scienze delle attività motorie e sportive». Per l'esercizio dell'attività sanitaria di cui al presente comma è necessario il possesso della laurea in scienze delle attività motorie e sportive e titoli equipollenti. Tra l'altro, nel comma 2, è comunque esclusa l'equipollenza della laurea in scienze delle attività motorie e sportive con la laurea in fisioterapia.

Detto questo, ho sentito e apprezzato molto la replica della mia Presidente di Commissione, rispetto al fatto che dobbiamo stare molto attenti al fenomeno dell'abusivismo della professione.

L'ordine dei medici è stato istituito oltre settant'anni fa e so perfettamente che abbiamo ancora casi di persone che esercitano la professione abusiva del medico; qualcuno addirittura ha esercitato in ospedale per anni, e ha operato senza laurea, prima di essere scoperto.

È chiaro che se decido di mettermi in mano ad una persona che mi fa fare esercizi fisici che servono per prevenire talune patologie o che servono – dopo che il fisioterapista ha effettuato le manovre di riabilitazione – a mantenere il mio stato fisico ottimale, pretendo che quella persona sia iscritta ad un albo, dove io posso accertare che si tratta di un laureato in scienze motorie.

Vi posso garantire che pochi giorni fa mi sono iscritto – senza indicare né indirizzo né numero di telefono – ad un albo farlocco delle scienze motorie che circola su Internet. Pertanto, se qualcuno avesse cercato un laureato in scienze motorie, nel caso avessi messo numero di telefono e indirizzo, avrebbe potuto venire da me.

Voglio anche aggiungere che sono uno di quei medici che ha molto piacere che si sia cominciato a capire che chiropratico, osteopata, fisioterapista, psicologo, medico debbano non collaborare ma lavorare insieme, perché ci sono tanti percorsi, rispetto ai quali ciascuno deve essere in grado di svolgere la sua parte, senza la paura che l'altro gli possa fregare un paziente o parte del guadagno. Facendo questo – voglio mettere i puntini sulle i – non ho conflitti di interesse. Per me ciò che conta è la difesa del paziente, e deve essere questo l'interesse che ci porta verso questa direzione.

Ho sostenuto apertamente la formazione di un albo di osteopata e chiropratico. Mi si dice che tutto questo non può essere fatto perché abbiamo un equilibrio della struttura. Non capisco francamente dove si

rompa questo equilibrio. Se ho persone laureate in scienze motorie, tale equilibrio non viene meno con gli osteopati o con i chiropratici; viene meno con persone già laureate? Ripeto, sono qui per difendere tutte e tre le categorie, ma soprattutto per difendere un principio: chi mette le mani sul paziente o fa qualcosa che si rivolge alla salute del paziente, deve essere iscritto ad un albo, e non è un caso che scienze motorie sia inserita nella facoltà di medicina e chirurgia. È chiaro che poi dovremo migliorare la situazione e distinguere tra chi prende un indirizzo e chi ne prende un altro, ma non possiamo sbattere un'altra volta la porta in faccia ad una misura di buonsenso semplicemente perché non è uscita dalla Commissione sanità.

Abbiamo votato tutti allo stesso modo, quindi concordo con quanto uscito dalla Commissione, ma visto che non eravamo in sede deliberante ma referente, ritengo che quando si porta un provvedimento all'approvazione dell'Assemblea è perché si vuole cercare di migliorarlo dove da soli non siamo riusciti a trovare una quadra anche a causa di persone che ci offendono e vorrebbero ammazzarci. Ho ricevuto anch'io certi messaggi; non ho risposto. (*Applausi della senatrice Bignami*). Ho espresso alla senatrice De Biasi il mio rammarico per tutte le persone che in maniera volgare difendono una fettina del loro guadagno. Da questi mi dissocio perché non sono mai stato uno che in maniera volgare difende una fettina del proprio guadagno. Sono qui per difendere gli interessi del paziente, che in questo momento sono anche gli interessi di una piccola categoria.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signora Presidente, anzitutto segnalo un refuso nell'emendamento 3.203, a beneficio del verbale e delle determinazioni che assumeranno la relatrice e il rappresentante del Governo.

Dopo le parole «nello studio», al posto della parola «nei», inserire le seguenti «nell'attuazione dei». Questo mi pare utile anche per la conseguente valutazione e l'espressione del parere della relatrice e del Sottosegretario.

Ritiro gli emendamenti 3.212 e 3.227. A tal proposito, Presidente, annuncio la richiesta di trasformazione dell'emendamento 3.227 in ordine giorno; richiesta che avanzo anche a nome dei colleghi Spilabotte e Cardillo, che, se riterranno, confermeranno ciò che dico. Anche loro intendono ritirare gli emendamenti e aggiungere la propria firma al mio ordine del giorno, che ritengo, Presidente, sani in parte un *vulnus* – recuperato nel dibattito – relativamente alla necessità di dare ascolto alle esigenze di quelle professioni che non hanno ancora ottenuto il riconoscimento in uno specifico ordine professionale.

Crede che l'ordine del giorno di impegno al Governo ad adottare specifiche misure al fine di istituire nuovi Ordini professionali per quelle professioni sanitarie che superano i 20.000 iscritti agli albi sia un segno di apertura e disponibilità che pacifica il clima di tensione che si è creato. Inoltre, credo apra una porta ad istanze che vanno considerate come legit-

time, soprattutto in funzione di quelle figure ormai radicate nell'ambito del Sistema sanitario e che, giustamente, attendono il conseguimento di questo traguardo, che penso non debba e non possa essere negato.

CENTINAIO (*LN-Aut*). Signora Presidente, intervengo soltanto per comunicare che vorrei fare mio l'emendamento 3.207, che era stato ritirato, e, se il collega lo consente, vorrei sottoscrivere l'emendamento 3.0.203.

GAETTI (*M5S*). Signora Presidente, ritiro l'emendamento 3.0.200, che era diretto a chiedere anche il riordino delle professioni ausiliarie e di interesse sanitario, perché alcune di queste professioni sono state istituite con decreti del 1971 creano confusione. Avevo presentato tale emendamento per testimoniare la necessità di un ampio riassetto e per sottolineare una criticità.

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, vorrei illustrare l'emendamento 3.221. Sostanzialmente si tratta di un chiarimento, perché i mandati degli Ordini provinciali vengono portati da tre a quattro anni. Per essere più chiari nel testo, propongo di uniformare anche i mandati degli Ordini nazionali, portando anch'essi da tre a quattro anni, per evitare la logica disomogeneizzazione che si verrebbe a creare. L'emendamento è pertanto volto soltanto a parametrare la durata dei consigli degli Ordini provinciali con quella dei consigli degli Ordini nazionali.

CARDIELLO (*FI-PdL XVII*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CARDIELLO (*FI-PdL XVII*). Ritiro l'emendamento 3.226.

SILVESTRO (*PD*). Credo sia importante che l'emendamento 3.228 possa trovare consenso, perché eviterebbe di incappare in malintese definizioni professionali, utilizzando termini propri delle professioni che qui vengono regolamentate, per individuare attività professionali diverse. Mi riferisco, per esempio, a un badante che può definirsi infermiere senza averne il titolo.

IDEM (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IDEM (*PD*). Intervengo solo per annunciare che trasformo l'emendamento 3.0.201 (già 3.201) in ordine del giorno.

CERVELLINI (*Misto-SI-SEL*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CERVellini (*Misto-SI-SEL*). Signora Presidente, vorrei chiedere al senatore D'Ambrosio Lettieri di avere il testo che raccoglie i tre emendamenti che si trasformano in ordine del giorno, per poterlo apprezzare, valutare e per poi poterci pronunciare.

PAGANO (*AP (NCD-UDC)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PAGANO (*AP (NCD-UDC)*). Vorrei sottoscrivere l'emendamento 3.0.203.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

MARINELLO (*AP (NCD-UDC)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARINELLO (*AP (NCD-UDC)*). Signora Presidente, se i colleghi me ne danno la facoltà vorrei sottoscrivere l'emendamento 3.221, a prima firma del senatore Mandelli.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

BENCINI (*Misto-Idv*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BENCINI (*Misto-Idv*). Signora Presidente, desidero sottoscrivere l'emendamento 3.228.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

ZIZZA (*CoR*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZIZZA (*CoR*). Chiedo di poter sottoscrivere gli emendamenti 3.0.203 e 3.228.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

Invito la relatrice e il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti e gli ordini del giorno in esame.

DE BIASI, *relatrice*. Signora Presidente, mi scuso per aver mostrato un'intemperanza emotiva. Piacerebbe lavorare con ordine, ma non è sempre possibile.

Esprimo parere contrario sull'emendamento 3.200. L'emendamento 3.201 è stato ritirato. Esprimo parere favorevole sugli emendamenti 3.202 e 3.203, contrario sull'emendamento 3.204. Il parere è altresì favorevole sugli emendamenti 3.205 e 3.206; mentre è contrario sull'emendamento 3.207. L'emendamento 3.208 è stato ritirato. Esprimo parere favorevole sull'emendamento 3.209, contrario sugli emendamenti 3.210 e 3.211. L'emendamento 3.212 è stato ritirato. Esprimo parere contrario sull'emendamento 3.213 e favorevole sugli emendamenti 3.214 e 2.215. L'emendamento 3.216 è inammissibile. Esprimo parere favorevole sugli emendamenti 3.217, 3.218 e 3.219. L'emendamento 3.220 è stato ritirato. L'emendamento 3.221 l'abbiamo considerato analogo all'emendamento 3.219 e, quindi, in caso di approvazione del secondo risulterà da quello assorbito.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 3.222 e 3.223, favorevole invece sull'emendamento 3.224.

Gli emendamenti 3.225, 3.226 e 3.227 sono stati ritirati e trasformati in un unico ordine del giorno, G3.227, su cui esprimo parere favorevole.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 3.228 e 3.229. Gli emendamenti 3.230, 3.231, 3.232 e 3.233 sono improponibili.

Esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno G3.100 con la seguente riformulazione: nel dispositivo sostituire le parole «Governo: ad» con le seguenti «Governo a valutare l'opportunità di».

PRESIDENTE. Senatrice Silvestro, accetta la proposta di riformulazione dell'ordine del giorno G3.100 testé illustrata?

SILVESTRO (*PD*). Sì, signora Presidente.

DE BIASI, *relatrice*. Sull'ordine del giorno G3.101, esprimo parere favorevole con la seguente riformulazione: nel dispositivo sostituire le parole «ad affrontare urgentemente il» con le seguenti «a valutare l'opportunità di affrontare il», sopprimendo il termine «urgentemente», che in un ordine del giorno ci è parso improprio.

PRESIDENTE. Chiedo alla senatrice Mattesini se accetta la proposta di riformulazione dell'ordine del giorno G3.101 testé illustrata.

MATTESINI (*PD*). Sì, signora Presidente.

DE BIASI, *relatrice*. Esprimo parere favorevole sugli ordini del giorno G3.102 e G3.103.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme alla relatrice.

CERVELLINI (*Misto-SI-SEL*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CERVELLINI (*Misto-SI-SEL*). Signora Presidente, chiedo di poter sottoscrivere l'ordine del giorno G3.227, del senatore D'Ambrosio Lettieri.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

ROSSI Luciano (*AP (NCD-UDC)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROSSI Luciano (*AP (NCD-UDC)*). Chiedo di sottoscrivere l'emendamento 3.221, del senatore Mandelli, e il 3.219 a prima firma del senatore D'Ambrosio Lettieri.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

DE BIASI, *relatrice*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BIASI, *relatrice*. Signora Presidente, all'emendamento 3.203, sul quale abbiamo espresso parere favorevole, corre l'obbligo di esplicitare la riformulazione, che è la seguente: «con le autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti». Il presentatore, senatore D'Ambrosio Lettieri, lo aveva già detto, ma non l'avevo ricordato in sede di espressione del parere.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 3.200.

BIGNAMI (*Misto-MovX*). Chiediamo che le votazioni vengano effettuate a scrutinio simultaneo mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori.

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.200, presentato dalla senatrice Fucksia.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

L'emendamento 3.201 è stato ritirato.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.202, presentato dalla relatrice.

(*Segue la votazione*).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.203 (testo corretto), presentato dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

(*Segue la votazione*).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 3.204.

FUCKSIA (*Misto*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, con questo emendamento si cerca di rendere noti i candidati che devono essere eletti negli Ordini dei medici, chiedendo semplicemente di pubblicare la lista dei nomi per almeno tre mesi. Altrimenti, spesso succede che non si sappia neanche per chi si vota e chi si candida.

In più, chiedo che si preveda la modalità telematica di voto, che permetterebbe di soddisfare una esigenza sottolineata più volte questa mattina, quella di avere una maggiore rappresentatività degli iscritti. Infatti, spesso la pigrizia rende difficile andare a votare. La possibilità di votare in modo telematico fa sì che vi sia un ovvio vantaggio per riconoscere la stessa autorità dei rappresentanti degli Ordini, oltre a produrre un metodo di semplificazione e una procedura di elezione e di costruzione sociale più moderna delle strutture e degli Ordini.

Poiché non vogliamo, in un provvedimento dove si vuole ammodernare la visione e renderla più conforme ai parametri europei, ancorarci a meccanismi vecchi, risulta necessario, a mio avviso, che ogni Ordine promuova un'adeguata pubblicità dei candidati, per renderli appunto riconoscibili agli iscritti che sono chiamati ad esprimersi, nonché un altro meccanismo, ovvero sia proporre e suggerire l'espressione di un massimo di cinque preferenze. Oggi succede che ci sono bloccaggi di liste, di 15 o più nomi, con l'annullamento delle schede se invece se ne segnala un numero inferiore.

Se c'è contrarietà su questo emendamento, sono disponibile a trasformarlo in un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Chiedo alla relatrice se sia favorevole alla trasformazione dell'emendamento 3.204 in un ordine del giorno.

DE BIASI, *relatrice*. No, Presidente.

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.204, presentato dalla senatrice Fucksia.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.205, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.206, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 3.207.

CANDIANI (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CANDIANI (*LN-Aut*). Signora Presidente, sull'emendamento 3.207 chiedo la votazione per parti separate dei commi *2-bis*, *2-ter* e *2-quater*.

PRESIDENTE. Tale richiesta non è ammissibile. Non c'è neanche il contenuto autonomo.

CALDEROLI (*LN-Aut*). Chi lo ha detto?

PRESIDENTE. Lo dice la Presidenza, senatore.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.207, presentato dal senatore Centinaio.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

L'emendamento 3.208 è stato ritirato.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.209, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.210, presentato dal senatore Scilipoti Isgrò.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 3.211.

CALDEROLI (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CALDEROLI (*LN-Aut*). Signora Presidente, sull'emendamento 3.211 chiedo la votazione per parti separate.

PRESIDENTE. Si può fare. Ci sono contrarietà da parte dell'Assemblea?

CANDIANI (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Senatore Candiani, lei immagino sia contrario. Giusto?

CANDIANI (*LN-Aut*). Sono contrario, signora Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione della richiesta di votazione per parti separate dell'emendamento 3.211.

Verifica del numero legale

CALDEROLI (*LN-Aut*). Chiedo la verifica del numero legale.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori, mediante procedimento elettronico.

(La richiesta risulta appoggiata).

Invito pertanto i senatori a far constatare la loro presenza mediante procedimento elettronico.

(Segue la verifica del numero legale).

Il Senato è in numero legale.

**Ripresa della discussione dei disegni di legge nn.
1324, 154, 693, 725, 818, 829 e 833**

PRESIDENTE. Metto ai voti la richiesta di votazione per parti separate dell'emendamento 3.211, avanzata dal senatore Calderoli.

Non è approvata.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.211, presentato dal senatore Scilipoti Isgrò.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

L'emendamento 3.212 è stato ritirato.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.213, presentato dal senatore Scilipoti Isgrò.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.214, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.215, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

L'emendamento 3.216 è inammissibile.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.217, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.218, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.219, presentato dai senatori D'Ambrosio Lettieri e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Risulta assorbito l'emendamento 3.221.

L'emendamento 3.220 è stato ritirato.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.222, presentato dal senatore Scilipoti Isgrò.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.223, presentato dal senatore Scilipoti Isgrò.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.224, presentato dalla relatrice.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*).

Gli emendamenti 3.225 e 3.226 sono stati ritirati. L'emendamento 3.227 è stato trasformato nell'ordine del giorno G3.227.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.228, presentato dalla senatrice Silvestro e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'emendamento 3.229, presentato dal senatore Romani Maurizio e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato non approva. (*v. Allegato B*).

Gli emendamenti 3.230, 3.231, 3.232 e 3.233 sono improponibili.

Essendo stati accolti dal Governo, gli ordini del giorno G3.227, G3.100 (testo 2), G3.101 (testo 2), G3.102 e G3.103 non saranno posti in votazione.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'articolo 3, nel testo emendato.

(*Segue la votazione.*)

Il Senato approva. (*v. Allegato B*)

Rinvio il seguito della discussione dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

Interventi su argomenti non iscritti all'ordine del giorno

TREMONTI (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TREMONTI (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Signora Presidente, signori senatori, forse è il caso che si attenda l'esodo di chi sta uscendo dall'Aula. (*Brusio*). In ogni caso, ho interesse a parlare per gli atti e per chi di dovere, ferma la gratitudine per chi resta.

In data 17 maggio scorso abbiamo ricevuto una lettera dal Presidente del Senato che, per opportuna conoscenza, ci trasmette una lettera da parte del Ministro dello sviluppo economico. L'argomento della lettera è il Partenariato transatlantico per il commercio e gli investimenti (TTIP).

Nella lettera il Ministro ci informa di essere capofila per la formazione della posizione nazionale sull'accordo. Credo che dobbiamo dargli riconoscimento per questo ambito traguardo; tuttavia va detto che è la prima volta, nella storia di questo Paese, che su trattati internazionali un Ministro spiazza e sostituisce il Ministro degli affari esteri. Questo è distruttivo di un ordine costituzionale.

Con cortesia lo stesso Ministro, il capofila, ci informa dell'apertura presso il suo Dicastero di una sala di lettura per cui è offerta ai parlamentari l'opportunità di consultare la documentazione riservata. Il capofila ci informa che l'obiettivo è quello della massima trasparenza e diffusione. In realtà, la «massima trasparenza e diffusione» sono – basta leggere la modulistica – la massima realizzazione del segreto.

Segnalo alcuni punti. In primo luogo, la sala è vigilata dall'Arma dei carabinieri. In secondo luogo, ci sono due turni di quattro ore per tre giorni. Ogni senatore ha comunque diritto a un solo turno di un'ora. Il senatore deve dichiarare l'effettiva necessità di conoscere il testo, quindi si immagina che si possa voler trasmettere informazioni a una potenza straniera, oppure organizzare un corteo anarchico o quant'altro. Il senatore deve dichiarare la sua personale responsabilità: forse si dimentica che è ancora vigente e non ancora riformato l'articolo 68 della Costituzione. (*Applausi dai Gruppi LN-Aut, GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL), M5S, FI-PdL XVII, Misto-SI-SEL e CoR*). Per tranquillità, segnalo che

questa materia è comunque di competenza anche del nuovo Senato, perché in qualche modo ha a che vedere con l'appartenenza all'Unione europea.

È vietato, ovviamente, riprodurre il testo, è permesso prenderne nota a mano, ma è vietato che la nota contenga lo stesso testo del documento che viene offerto per la massima trasparenza e consultazione.

Suggerirei anche che con il Ministro, se è disponibile, si sorteggi un articolo di quelli e ce lo spieghi: vedremo se sarà capace di farlo, dato il carattere molto criptico di quei testi.

In conclusione, rispetto la posizione degli Stati Uniti d'America, ma ho molte difficoltà a rispettare la posizione europea e nazionale. C'è stata una fase nella storia in cui i trattati sono stati segreti e quella è una fase che ha portato ad esiti tragici a ridosso della Grande Guerra. I trattati non possono essere segreti: può essere segreta la trattativa, ma non può essere segreto il testo dei trattati. (*Applausi dai Gruppi LN-Aut, GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL), M5S, FI-PdL XVII, Misto-SI-SEL e CoR e della senatrice Mussini*). Qui abbiamo una via di mezzo, ovvero è quasi segreto ed è quasi pubblico, attraverso una procedura che dimostra il dinamismo del signor Ministro, ma anche l'anacronismo storico e devo dire che in politica e tra gli Stati c'è una sola cosa che è temibile più di tutte: il ridicolo. (*Applausi dai Gruppi LN-Aut, GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL), M5S, FI-PdL XVII, Misto-SI-SEL e CoR*).

PRESIDENTE. Voglio solo informare che probabilmente le procedure sono le stesse adottate in tutti i Paesi europei.

BONFRISCO (*CoR*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BONFRISCO (*CoR*). Signora Presidente, la ringrazio per avermi concesso la possibilità di aggiungere le mie parole a quelle ben più autorevoli del senatore Tremonti. Ci voleva un intervento autorevole come il suo, per provare a far registrare all'Assemblea l'imbarazzo che credo tutti abbiamo provato nel leggere ieri quella missiva, con le procedure così scritte, che sono senz'altro foriere come minimo di malintesi, quando non di tragedie annunciate.

A prescindere dal merito di un contenuto che non conosciamo, ma che vorremmo oltre che conoscere anche condividere, ritengo sia il caso di presentare una mozione in Senato, affinché il Presidente del Senato si faccia rappresentante dei parlamentari, che pretendono di conoscere – non in quella formula, non con quelle modalità, ma con modalità ben più trasparenti – il contenuto vero di questo accordo.

Ricordo benissimo la Commissaria europea quando, in occasione di un'audizione convocata dal presidente Chiti, si rammaricò per l'errore commesso dalla Commissione europea, che in quella fase rendeva disponibile il contenuto dalle trattative in corso sul TTIP – guardi un po' – presso le sedi delle ambasciate americane nei Paesi europei e non, ad

esempio, presso la sede dell'Unione europea in ciascuno dei Paesi aderenti.

Signora Presidente, sarà nostra cura, sarà cura delle opposizioni, richiamare il diritto del Parlamento italiano alla massima trasparenza e al pieno coinvolgimento (*Applausi dai Gruppi CoR e Misto-SI-SEL*).

LUCIDI (*M5S*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LUCIDI (*M5S*). Signora Presidente, mi unisco all'appello dei colleghi e sostanzio ancora di più questa richiesta, evidenziando altri punti importanti di questa direttiva per la consultazione, che ci è arrivata dal neoministro Calenda.

La normativa a cui fa riferimento il Ministro è il decreto del Presidente del Consiglio di ministri del 6 novembre 2015, recante «Disposizioni per la tutela amministrativa del segreto di Stato e delle informazioni classificate e a diffusione esclusiva» e alla legge sul «Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica e nuova disciplina del segreto».

Vorrei ricordare a tutti i cittadini che ci stanno ascoltando in questo momento – perché naturalmente non serve ricordarlo a voi, colleghi – che stiamo parlando di un accordo che, in teoria, dovrebbe riguardare scambi commerciali. Addirittura, in ultima pagina, è specificato chi potrà accedere: sicuramente noi parlamentari, ma non tutti, solo quelli che abbiano l'effettiva necessità di conoscere queste informazioni.

Il Movimento 5 Stelle si sta battendo da anni contro questo trattato, che sarà distruttivo per la nostra economia. Riteniamo che le persone che hanno l'effettiva necessità di conoscere questo trattato e i contenuti del negoziato siano tutti i cittadini italiani. (*Applausi dal Gruppo M5S*).

DE PETRIS (*Misto-SI-SEL*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE PETRIS (*Misto-SI-SEL*). Signora Presidente, mi unisco anch'io a quanto detto dai colleghi, anche perché credo che la lettera che abbiamo ricevuto abbia lasciato tutti noi, senatori e parlamentari, a dir poco scontenti.

Vorrei precisare che la parte che sarebbe consultabile, in queste forme così strane, è solo quella già approvata. Vi è ancora un'altra parte totalmente segreta a cui, come si vede, non possiamo accedere in alcun modo.

Signora Presidente, ora qui si pone un problema. Il TTIP riguarderà non solo l'economia del nostro Paese e gli interessi nazionali, ma anche la salute dei cittadini, quindi stiamo trattando il tema a fine seduta, ma vi è un problema che riguarda le nostre competenze in qualità di parlamentari e credo che vi sia comunque la necessità, da parte del Presidente del Se-

nato, di intervenire. Vorrei chiedere a lei, che ne sta facendo le funzioni in questo momento: secondo lei, cosa ci accade se ci presentiamo lì e non obbediamo a tutte le prescrizioni che sono state indicate dal neoministro. I carabinieri ci arrestano? Cosa accade ai parlamentari? La questione infatti, voi come capite bene, potrebbe avere conseguenze molto gravi, non solo per l'impatto sull'articolo 68 della Costituzione, ma davvero e sostanzialmente sul ruolo dei Parlamenti nazionali.

Credo che il tema dovrebbe essere assolutamente affrontato e chiedo ufficialmente, signora Presidente, di convocare una riunione dei Capi-gruppo, perché su tale questione è in ballo anche la dignità del Senato e della Camera (perché il trattamento, come sapete, è identico). (*Applausi del senatore Campanella*).

PRESIDENTE. Sicuramente riferirò al Presidente del Senato.

CARRARO (*FI-PdL XVII*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CARRARO (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, mi riallaccio all'intervento della collega De Petris. Penso che il Presidente del Senato e la Presidente della Camera debbano approfondire quali sono i diritti dei parlamentari nel nostro Paese in rapporto agli atti di Governo, punto e basta. Ci devono dare spiegazioni chiare; se discuterne prima in Conferenza dei Capigruppo oppure no dipende dalle modalità, ma è giusto che il Paese sappia il Presidente del Senato e la Presidente della Camera quali ritengono che siano le attribuzioni dei parlamentari.

MALAN (*FI-PdL XVII*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MALAN (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, mi permetto di aggiungere che il 14 ottobre 2014 il presidente del Consiglio Renzi ha detto che il Governo italiano appoggia in modo totale e incondizionato il TTIP. Di incondizionato nei rapporti tra Stati c'è solo la resa quando si perde una guerra; forse ne abbiamo persa qualcuna senza saperlo. È doveroso che ci sia trasparenza su cosa ha determinato la resa incondizionata della nostra Repubblica. (*Applausi dai Gruppi FI-PdL XVII e CoR*).

SANGALLI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SANGALLI (*PD*). Signora Presidente, credo che sia opportuno che il Senato e la Camera facciano le loro valutazioni rispetto alla questione che è stata così compiutamente esposta dal senatore Tremonti.

Vorrei indurre due riflessioni. In primo luogo, ha ragione il senatore Tremonti quando dice che i trattati devono essere pubblici e le trattative possono essere riservate. Nella fattispecie, siamo nel corso di una trattativa in cui ci sono delle parti di Trattato che non sono compiute, quindi siamo in una condizione che è di Trattato non compiuto e non definitivamente definito e con una trattativa che è in corso e che richiede delicatezza nell'informazione.

In secondo luogo, è vero che la modalità è piuttosto farraginosa e penso che il rispetto del ruolo del Parlamento e dei parlamentari debba essere ribadito sempre, anche e soprattutto nei confronti del Governo. Pur tuttavia, siamo di fronte ad una modalità che rende per il Parlamento agibile e conoscibile il Trattato nella sua struttura attuale e che mette il Parlamento nella condizione di chiedere al Governo, in qualunque momento, chiarimenti attraverso le procedure classiche di dialogo tra Governo e Parlamento.

In tutti i casi, se il Presidente del Senato e la Presidente della Camera vorranno avere un'attenzione particolare alle modalità piuttosto che al contenuto del Trattato (perché sul contenuto del Trattato facciamo una discussione di natura politica e non metodologica), da parte nostra non vi sarebbe nessun tipo di resistenza.

Sarei per dire che un atteggiamento ponderato e ragionevole ci dovrebbe indurre tutti ad una riflessione sul perché il Ministro si sia posto in questi termini durante una trattativa, con una parte della trattativa conclusa. (*Applausi dal Gruppo PD*).

QUAGLIARIELLO (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

QUAGLIARIELLO (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Signora Presidente, mi permetto di far notare al collega Sangalli che la prudenza che lui chiede dovrebbe portare il Governo ad evitare giudizi definitivi, perché se è vero che siamo in una situazione provvisoria per cui c'è bisogno di tutte queste attenzioni, dare giudizi definitivi e in qualche modo compiuti, contraddice evidentemente le ragioni di prudenza che si pongono.

In secondo luogo, quando c'è una situazione di questo tipo, non si rende difficile la consultazione, non ci si ferma a metà del guado, non si dice «è segreto ma è pubblico, anzi è un poco pubblico e un poco segreto e se riuscite a non capirci niente è tanto meglio». In questi casi, evidentemente, c'è uno strumento diretto, al quale il senatore Sangalli stesso ha fatto riferimento, e cioè credo vi siano tutti gli estremi affinché il Senato chiami il Ministro degli affari esteri a riferire. Capita tante altre volte di trovarsi in questa condizione, sarà responsabilità del Ministro degli affari esteri dire alcune cose e tacerne altre, ma questo è un procedimento

chiaro. Quello che è stato adottato, francamente, è non soltanto opaco, ma addirittura ridicolo.

CANDIANI (*LN-Aut*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CANDIANI (*LN-Aut*). Signora Presidente, il Gruppo della Lega Nord non può che essere assolutamente concorde sulla necessità che il Ministro degli affari esteri venga in Aula e riferisca in merito a questa situazione. La missiva che abbiamo ricevuto è firmata dal neo ministro Calenda, ma qui certamente, come è già stato ribadito, si tratta di affari esteri e per di più con modalità che non tengono conto non dico della semplice dignità, ma del ruolo di rappresentanti democraticamente eletti dal popolo, dei parlamentari.

Qui dentro noi non abbiamo desiderio di conoscere le carte per sfizio o per cronaca, ma per giusta relazione nei confronti dei cittadini. Negare o limitare l'accesso agli atti è una pratica incostituzionale, perché vorrei vedere che cosa accadrebbe nel momento in cui qualsiasi parlamentare, in quest'Aula, rivelasse quei documenti. Sarebbe un atto di pura democrazia, così come sarebbe un atto di pura oppressione del diritto democratico se questo venisse impedito.

Signora Presidente, ribadisco il concetto: il Ministro degli affari esteri venga in Aula e riferisca con urgenza in merito a queste modalità, quantomeno bizzarre, di consultazione. Riteniamo che il Governo debba mettere totalmente a disposizione del Parlamento e dei cittadini questa documentazione, non accorgendosi peraltro di un paradosso, cioè che le carte sono già state pubblicamente rese note, anche sulla stampa, nei giorni scorsi. Quindi limitare ulteriormente vuol dire mettere una toppa che è molto peggiore rispetto a quello che evidentemente il ministro Calenda voleva scrivere nella sua missiva. (*Applausi del senatore Calderoli*).

PRESIDENTE. Sapete che potete chiedere al Presidente la convocazione della Conferenza dei Capigruppo.

GIOVANARDI (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIOVANARDI (*GAL (GS, PpI, M, Id, ApI, E-E, MPL)*). Signora Presidente, vorrei mettere i colleghi a conoscenza del fatto che i richiami legislativi che sono stati fatti sono tali per cui, se un collega che andrà a vedere quelle carte le divulgherà, sarà condannato minimo a tre anni di carcere. Io mi trovo da un mese in questa condizione, perché, avendo visionato le carte di trentasei anni fa, relative al maggio-giugno 1980 (Ustica e Bologna), conoscendone i contenuti ed avendoli potuti annotare,

sono stato diffidato più volte dal renderli pubblici (dopo trentasei anni), rischiando una condanna come minimo a tre anni di carcere. Si tratta di una cosa del tutto ingiustificabile, perché non è più un segreto di Stato. Lo stesso procedimento viene usato dicendo che possiamo andarli a vedere, ma che dobbiamo tenere per noi il contenuto e non possiamo divulgarlo, perché saremmo penalmente perseguibili.

Trovo scandaloso che, dopo trentasei anni, non si possano rivelare dei documenti che chiarirebbero tante cose sulla storia d'Italia. Lo dico perché non si può essere accusati di essere dei depistatori, come ogni giorno leggo pubblicamente da Bologna. Le carte vengono tenute coperte e non si può fare un confronto con l'opinione pubblica su chi è veramente il depistatore. In questo caso si possono andare a vedere, ma non si può fare un dibattito, non si può rendere pubblico il contenuto di queste carte ai cittadini e non ci si può confrontare su di esso. Quindi attenzione, perché il rischio per chi, dopo aver visto le carte, le divulga o ne parla pubblicamente è una denuncia penale.

BENCINI (*Misto-Idv*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

Finalmente ha la parola, senatrice Bencini.

BENCINI (*Misto-Idv*). Sicuramente era molto interessante quello di cui abbiamo parlato.

Signora Presidente, gentili colleghi (i dieci rimasti, anzi undici), le parole «libertà», «democrazia» e «trasparenza» sono tutti concetti eterei, indefiniti, persino ambigui, laddove non trovino corrispondenza con principi, norme, limiti, regole e procedure capaci di dar loro un corpo, una coerenza, un universo simbolico di riferimento. Non sarebbe questa un'Aula di un Parlamento di uno Stato democratico, se non ci fosse un Regolamento da rispettare, ispirato a principi democratici. Non può esistere un'organizzazione che pretenda di essere democratica e che non sia regolata secondo norme coerenti con i principi democratici.

Ciò che è successo recentemente al sindaco di Parma Federico Pizzarotti, persona onesta e coerente, è solo l'ennesimo esempio di come la seconda forza politica del Paese utilizzi a sproposito parole nobili come «trasparenza» e sia dedita invece a colpire ogni voce interna capace di pensiero critico o dialettico, arrivando ad inventarsi regole o procedure *contra personam*, pur di far fuori chi non si allinea.

Il Movimento, nato per promuovere la democrazia dal basso, è diventato il partito del bispensiero, ossia di quel meccanismo psicologico, descritto da Orwell, che consente di sostenere un'idea e il suo opposto, in modo da non trovarsi mai al di fuori dell'ortodossia. Per cui si può credere di promuovere la democrazia dal basso, facendosi comandare e dirigere da una o due persone (anche per dinastia).

Pizzarotti è la testimonianza del Movimento come doveva essere, per come era nato. Per questo motivo era da tempo giunto il momento di eli-

minare politicamente, isolare, nascondere, cancellare, delegittimare Pizzarotti e abbandonarlo all'oblio.

Voi parlamentari – che ovviamente non ci sono, perché vogliono lavorare dal lunedì al venerdì, ma poi, quando ci sono i giorni convenuti, in Aula non ci sono, ma vanno via veloci veloci come cavallette – in tutti i casi, voi parlamentari del Movimento 5 Stelle vi eravate illusi, con l'annuncio del passo indietro di Grillo. Prendetene atto, però: con l'attacco a Pizzarotti muore definitivamente nel vostro partito l'idea di voi stessi, tradite anzi voi stessi.

Ovviamente però voi non siete mai attaccati alla poltrona, come spesso usate dire nei confronti di altri, perché ovviamente la poltrona non dà privilegio; evidentemente però credo sia anche per loro un privilegio essere in queste Aule. Loro però si fregiano del fatto che sono i più puri; verrà comunque il giorno in cui ci sarà qualcuno più puro che li epura. (*Applausi del senatore Orellana*).

Mozioni, interpellanze e interrogazioni, annunzio

PRESIDENTE. Le mozioni, interpellanze e interrogazioni pervenute alla Presidenza saranno pubblicate nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 14,11*).

Allegato ADISEGNO DI LEGGE NEL TESTO PROPOSTO
DALLA COMMISSIONE

Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute (1324)

ARTICOLO 1 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

CAPO I

SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI MEDICINALI E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Art. 1.

Approvato

(Delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, introducendo specifico riferimento alla medicina di genere.

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati, realizzando il necessario coordinamento con le disposizioni vigenti, e con il regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riordino e coordinamento delle disposizioni vigenti, nel rispetto delle normative dell'Unione europea e delle convenzioni internazionali in materia, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 117 della Costituzione, nonché nel rispetto degli *standard* internazionali per l'etica nella ricerca medica sugli esseri umani, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale del 1964, e sue successive revisioni;

b) individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche interventistiche dalla fase I alla fase IV;

c) individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I, sia su pazienti che su volontari sani, da condurre con un approccio metodologico di medicina di genere;

d) individuazione delle modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica e a garantire l'assenza di conflitti d'interesse;

e) semplificazione degli adempimenti meramente formali in materia di modalità di presentazione della domanda per il parere del comitato etico e di conduzione e di valutazione degli studi clinici;

f) fatta salva la garanzia del mantenimento di *standard* qualitativi elevati, semplificazione delle procedure per l'utilizzo a scopi di ricerca clinica di materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche o a qualunque altro titolo detenuto;

g) definizione delle procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimentazione clinica attraverso:

1) l'individuazione e il ruolo del direttore generale o responsabile legale della struttura sanitaria in cui si intende eseguire la sperimentazione clinica;

2) l'individuazione dei compiti e delle finalità dei comitati etici locali;

3) la definizione dei contenuti minimi che devono presentare i contratti per le sperimentazioni cliniche che, per gli sperimentatori, ne attestino terzietà, imparzialità e indipendenza;

4) la definizione delle procedure per la verifica dell'indipendenza dello sperimentatore;

h) applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche, prevedendo:

1) meccanismi di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche;

2) l'uso dell'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali per l'interscambio della documentazione concernente lo studio clinico dei medicinali tramite modelli predefiniti e disponibili nel sistema stesso;

3) che la sperimentazione clinica dei medicinali sia svolta attraverso una adeguata rappresentatività di genere;

i) individuazione, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, di criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di metodologia della ricerca clinica e conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci;

l) previsione, in sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-*bis* del decreto le-

gislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che la Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 2, comma 357, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, disponga che l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nella sperimentazione clinica dei medicinali, e in particolare quello dei medici ospedalieri, dei medici specialisti ambulatoriali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sia realizzato attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali;

m) riformulazione e razionalizzazione dell'apparato sanzionatorio, amministrativo e penale, per la violazione delle norme vigenti e delle disposizioni contenute nei decreti legislativi emanati in attuazione del comma 1, tenendo conto della responsabilità e delle funzioni svolte da ciascun soggetto, con riguardo in particolare alla responsabilità dello sperimentatore e delle strutture coinvolte, nonché della natura sostanziale o formale della violazione, attraverso:

1) conferma delle sanzioni amministrative pecuniarie già previste dal decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, per le violazioni delle disposizioni ivi indicate;

2) previsione della destinazione degli introiti derivanti dalle sanzioni pecuniarie all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati, entro i limiti previsti dalla legislazione vigente, ai pertinenti capitoli dello stato di previsione del Ministero della salute;

3) previsione della sospensione dell'attività dei comitati etici che non rispettano i termini e le procedure previsti dal decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211;

n) revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e agli studi osservazionali, al fine di migliorare la pratica clinica e di acquisire informazioni rilevanti a seguito dell'immissione in commercio dei medicinali.

3. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati nel rispetto della procedura di cui all'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, con il Ministro della giustizia, con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1, a seguito di deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, sono trasmessi alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica perché su di essi siano espressi, entro quaranta giorni dalla data di trasmissione, i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. Decorso tale termine i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri.

Qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari di cui al presente comma scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto dal comma 1 o successivamente, quest'ultimo è prorogato di tre mesi.

5. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui al comma 2 e con le procedure di cui ai commi 3 e 4, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi medesimi.

6. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tale fine, le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti previsti dai decreti attuativi della delega di cui al presente articolo attraverso una diversa allocazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

EMENDAMENTI E ORDINI DEL GIORNO

1.200

FUCKSIA, CENTINAIO (*)

Respinto

Al comma 2, dopo la lettera a), inserire la seguente:

«*a-bis*) individuazione delle modalità per la promozione di una sperimentazione con metodi alternativi a quelli animali».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

1.201

FUCKSIA, Maurizio ROMANI (*)

Respinto

Al comma 2, dopo la lettera c), inserire la seguente:

«*c-bis*) previsione di obblighi e prescrizioni in materia di finanziamento privato dei progetti di ricerca onde evitare possibili distorsioni dei risultati motivati da interessi di parte. Per i progetti riguardanti la ricerca epidemiologica-ambientale e la valutazione degli effetti sulla salute delle popolazioni esposte ai vari rischi ambientali, adottare protocolli in conformità a quanto previsto dal documento ISEE (*International Society*

for Environmental Epidemiology) e secondo la dichiarazione di interesse dell'*International Agency for Research on Cancer (IARC)*».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

1.202

DIRINDIN, BIANCO, GRANAIOLA, MATTESINI, MATURANI, PADUA, SILVESTRO

Ritirato

Al comma 2, sostituire la lettera n), con la seguente:

«n) revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e agli studi osservazionali, al fine di facilitarne e sostenere la realizzazione, anche prevedendo forme di coordinamento, con l'obiettivo di migliorare la pratica clinica e di acquisire informazioni rilevanti a seguito dell'immissione in commercio dei medicinali».

G1.100

CASTALDI, TAVERNA

Improprio

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»,

premessi che:

l'articolo 1 introduce un riferimento specifico alla medicina di genere nella sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano e l'articolo 2 inserisce nei livelli essenziali di assistenza le procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto;

è evidente che il disegno di legge in esame pone una particolare attenzione alle pratiche mediche rivolte alle donne in una fase importante della loro vita come quella del parto, ma altrettanta attenzione deve essere posta alle scelte della donna nelle fasi che precedono la gravidanza che comprendono anche l'eventuale interruzione;

l'11 aprile 2016 è stata resa nota la decisione di merito con cui il Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa ha riconosciuto che l'Italia viola i diritti delle donne che, alle condizioni prescritte dalla legge 22 maggio 1978, n. 194, intendono interrompere la gravidanza, ed in particolare, oltre al divieto di discriminazione, risulta violato il diritto

alla tutela della salute, garantito dall'articolo 11 della Carta sociale europea;

è stata accertata la violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza, che affrontano un insieme di svantaggi sul posto di lavoro sia diretti sia indiretti, in termini di carico di lavoro e prospettive di carriera a causa dell'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e della disorganizzazione degli ospedali e delle Regioni, circostanza che configura un'ulteriore discriminazione vietata dalla Carta sociale europea;

l'obiezione di coscienza prevista dall'articolo 9 della legge n. 194 deve essere preventivamente dichiarata, riguarda il singolo professionista sanitario e prevede la predisposizione di appositi elenchi (da parte della struttura sanitaria di appartenenza) contenenti i nominativi degli «obiettori». L'obiezione esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, ma non «dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento». L'obiezione non può comunque essere invocata quando il personale intervento dell'obiettore «è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo». L'attuazione di quanto previsto dalla legge n. 194 del 1978 deve essere controllata e garantita dalla Regione «anche attraverso la mobilità del personale»;

l'obiezione di coscienza garantita al personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dall'art. 9, fenomeno fin dall'inizio di dimensioni imponenti, negli ultimi anni è in generale aumento per tutte le professionalità. La massiccia scelta per l'obiezione di coscienza è uno dei grandi ostacoli all'attuazione della legge n. 194, in quanto essa incide inevitabilmente sulla continuità del servizio, senza considerare che la conclamata elusione del comma 4 dell'articolo 9, ai sensi del quale il servizio deve essere assicurato «in ogni caso», rappresenta un nocumento per il diritto alla salute delle donne che chiedono di interrompere la gravidanza e/o alla sua omogenea fruizione su tutto il territorio nazionale. Appare lecito domandarsi, di fronte a tale situazione, se l'obiezione di coscienza all'aborto non finisca per tradursi in un vero e proprio sabotaggio della legge;

le disfunzioni organizzative provocate dal grande numero di obiezioni di coscienza fanno sì, inoltre, che le gravidanze vengano interrotte con un ritardo sempre maggiore, mettendo con ciò in pericolo la salute delle donne. Tale situazione è resa particolarmente grave anche dalla scelta tutta ideologica del legislatore di consentire l'esecuzione dell'intervento soltanto negli ospedali pubblici e nelle case di cura autorizzate dalla Regione, con effetti negativi nella quantità di offerta del servizio,

impegna, quindi, il Governo:

ad adottare specifiche misure tese a dare effettiva applicazione alla legge n. 194 del 1978, laddove impone un obbligo di organizzazione per ospedali e Regioni al fine di garantire, in ogni caso, l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza, in tal modo ponendo fine anche

alle reiterate violazioni della Carta sociale europea, da ultimo accertate dal Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa;

a vigilare ed adottare le eventuali misure necessarie affinché su tutto il territorio nazionale l'esercizio dell'obiezione di coscienza da parte del personale medico operante nell'ambito del Sistema sanitario nazionale non implichi difficoltà rilevanti e una restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali a carico delle donne;

ad assicurare, attraverso l'adozione di specifiche misure, che nelle strutture in cui si praticano le interruzioni volontarie della gravidanza sia sempre garantito che il 50 per cento del personale sia non obiettore, anche mediante il ricorso a procedure di trasferimento e di mobilità.

G1.101

ORELLANA

V. testo 2

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premesso che:

nella comunità medico-scientifica è progressivamente maturata la consapevolezza del fatto che molte malattie sono segnate da importanti differenze biologiche e cliniche, altre (come quelle reumatiche, autoimmunitarie e psichiatriche) colpiscono di più la donna e altre ancora si manifestano e hanno un decorso diverso rispetto alle stesse patologie nell'uomo, ne sono un esempio le malattie cardiovascolari che si presentano più tardivamente nella donna rispetto all'uomo ma hanno un tasso di mortalità nelle donne nettamente superiore;

pertanto, è assolutamente imprescindibile scoprire le cause e le differenze nei meccanismi patogenetici, al fine di poter garantire cure efficaci, disegnando protocolli diagnostici e terapeutici personalizzati in funzione del genere, emblematico in tal senso è il sopracitato caso delle malattie cardiovascolari;

anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con riferimento alle politiche sanitarie europee di questo decennio, indica il genere come elemento portante per la promozione della salute, finalizzato a sviluppare approcci terapeutici diversificati per le donne e per gli uomini. In questo quadro generale, riuscire a definire i bisogni sanitari specifici delle donne e a sviluppare risposte adeguate è interesse dell'intera comunità;

uno degli aspetti più importanti della medicina di genere è quello che riguarda i farmaci. Specificatamente, la farmacologia di genere evi-

denzia e definisce difformità di efficacia e sicurezza dei farmaci a seconda che siano somministrati a soggetti di sesso femminile o maschile;

difatti, le differenze di genere contribuiscono in maniera sostanziale al profilo di efficacia e tollerabilità di quasi tutti gli agenti farmacologici. Le ragioni sono da ricercare nei polimorfismi genetici per gli enzimi metabolizzanti i farmaci, nel rapporto massa grassa/massa magra, nelle influenze che gli ormoni esercitano sull'assorbimento e nella distribuzione dei farmaci nei vari distretti corporei;

tuttavia, fatte salve le problematiche risultanti da terapie ormonali o legate a gravidanza e allattamento, si ritiene correntemente che sia il genere maschile a rappresentare le caratteristiche di base della specie. Ne è la riprova una tradizione di studi registrativi effettuati prevalentemente su pazienti maschi nonostante, specie nelle prime fasi della ricerca clinica, siano necessarie cautele dovute a ragioni di tutela della salute della donna e del suo sistema riproduttivo. Di fatto, nella sperimentazione clinica, fino agli anni Novanta, non risulta prevista la presenza femminile come richiesta specifica di linee guida metodologiche;

ancora oggi le donne sono per lo più rappresentate, in percentuali minoritarie, negli studi clinici di fase II e III, mentre negli studi di fase I tra i volontari sani è molto più difficile coinvolgere soggetti di sesso femminile. Tale disparità in parte è dovuta alle maggiori cautele nei confronti delle donne, che potrebbero trovarsi in stato interessante, e alla amplificazione della variabilità (dovuta alle fasi del ciclo nonché all'eventuale utilizzo della terapia contraccettiva) e in parte alla loro minore disponibilità di tempo libero;

ne consegue che le terapie non sempre sono adeguate alle esigenze femminili, o non lo sono del tutto, poiché, come premesso, i farmaci sono stati studiati principalmente sull'uomo, dosaggi, effetti collaterali e strategie terapeutiche sono nella realtà disegnati su individui con metabolismo, distribuzione della massa corporea, suscettibilità agli effetti collaterali totalmente diversi nonché con importanti differenze dal punto di vista ormonale;

tuttavia, le problematiche connesse alla farmacologia di genere non derivano unicamente dal ciò, difatti, ancor più rilevanti sono le criticità relative all'appropriatezza d'uso dal momento che, variando la patogenesi delle stesse malattie nei due generi, i farmaci hanno efficacia diversa nell'uomo e nella donna;

altra ma non meno rilevante problematica rilevata nella medicina di genere è la capacità di accesso ai servizi, è ampiamente dimostrato che un disagio socio-economico riduce la possibilità per le donne di sottoporsi ai necessari esami e *screening* finalizzati alla prevenzione;

infine, il problema delle differenze tra uomo e donna, va molto al di là dei pur complessi aspetti clinici invadendo la sfera socio-sanitaria. Svitati sono i fattori sociali ed economici, come ricorda l'OMS (*fact sheet* 334, novembre 2009), che, a livello globale, hanno un impatto importante, immediato o futuro, sulla salute delle donne, nello specifico: l'uso crescente del tabacco, la vulnerabilità sociale ed economica che fa

si che epidemie come l'HIV/AIDS siano diventate epidemie «femminili», la violenza sessuale che colpisce le donne in un rapporto 4 a 1, le gravidanze non volute e il ricorso crescente a pratiche abortive pericolose, gli incidenti stradali e domestici, la tendenza al sovrappeso e all'obesità e la mortalità materna;

considerato che:

un esempio per la valorizzazione e l'applicazione della medicina di genere è il «Polo Donna» del Policlinico A. Gemelli, il cui precipuo scopo è quello di sviluppare appositi percorsi clinico-assistenziali per la donna, mediante la presa in carico dalla paziente da parte di *équipe* multidisciplinari;

il Polo non si limita a definire specifici percorsi clinico-assistenziali, ma cerca di promuovere iniziative a carattere sociale e psicologico volte a sostenere la donna in difficoltà, raccordandosi, quando necessario, con gli altri Poli e le altre strutture del Policlinico per dare una risposta globale alla domanda di salute delle pazienti, sviluppando, inoltre, una stretta collaborazione con gli specialisti del territorio e con i medici di medicina generale al fine di offrire alla donna un servizio completo, efficiente ed efficace;

inoltre, dal 2017, presso il Policlinico A. Gemelli di Roma opererà l'innovativa Unità di sperimentazione clinica «Farmacologia di Genere» ispirata al concetto di medicina di genere, strettamente connessa alla medicina personalizzata e a quella di precisione;

il progetto, denominato «BioBalance», è volto a strutturare un reparto sperimentale dedicato alle patologie femminili e allo sviluppo della farmacologia di genere (con specifico riferimento alla fase 1 e 2) e allo studio del diverso impatto di nuovi farmaci a livello di metabolismo, farmacocinetica e farmacodinamica;

questo centro, inizialmente dedicato unicamente alle patologie oncologiche, è dotato di un laboratorio dedicato allo studio della cinetica dei farmaci, svolgerà attività di ricerca di eccellenza, divenendo, nel tempo, un importante polo di attrazione internazionale per sperimentazioni cliniche;

tuttavia, centri come quello del Policlinico A. Gemelli di Roma sono realtà ancora troppo rare in Italia e, più in generale, lo sviluppo di approcci terapeutici diversificati per i due sessi restano tendenzialmente minoritari, compromettendo in tal modo un pieno ed effettivo accesso ai livelli essenziali di assistenza da parte delle donne e, conseguentemente, violando i principi sottesi all'articolo 32 della Costituzione della Repubblica;

il provvedimento in esame, all'articolo 1 comma 1, introduce uno specifico riferimento alla medicina di genere nell'ambito della sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, prevedendo inoltre, all'articolo 2 comma 2, un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza che tenga conto delle specifiche esigenze della medicina di genere,

impegna il Governo a:

riconoscere a livello nazionale la medicina di genere come approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche indispensabile per garantire l'appropriatezza delle cure;

avviare indagini trasversali in ambiti preclinici, clinici, sociologici ed economici al fine di individuare:

- a) specifici protocolli di prevenzione genere-mirati;
- b) linee guida a livello nazionale;

promuovere l'insegnamento e la ricerca, garantendo, al contempo, adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;

avviare campagne di informazione dell'opinione pubblica sull'influenza delle differenze di genere sulle patologie cliniche e sulle relative cure;

istituire l'Osservatorio nazionale per la medicina di genere;

promuovere e sostenere, anche finanziariamente, la ricerca sulla medicina di genere e lo sviluppo, prevedendo all'interno delle strutture sanitarie nazionali strutture specificamente dedicate alla presa in carico dei pazienti di genere femminile.

G1.101 (testo 2)

ORELLANA

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premesso che:

nella comunità medico-scientifica è progressivamente maturata la consapevolezza del fatto che molte malattie sono segnate da importanti differenze biologiche e cliniche, altre (come quelle reumatiche, autoimmunitarie e psichiatriche) colpiscono di più la donna e altre ancora si manifestano e hanno un decorso diverso rispetto alle stesse patologie nell'uomo, ne sono un esempio le malattie cardiovascolari che si presentano più tardivamente nella donna rispetto all'uomo ma hanno un tasso di mortalità nelle donne nettamente superiore;

pertanto, è assolutamente imprescindibile scoprire le cause e le differenze nei meccanismi patogenetici, al fine di poter garantire cure efficaci, disegnando protocolli diagnostici e terapeutici personalizzati in fun-

zione del genere, emblematico in tal senso è il sopracitato caso delle malattie cardiovascolari;

anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con riferimento alle politiche sanitarie europee di questo decennio, indica il genere come elemento portante per la promozione della salute, finalizzato a sviluppare approcci terapeutici diversificati per le donne e per gli uomini. In questo quadro generale, riuscire a definire i bisogni sanitari specifici delle donne e a sviluppare risposte adeguate è interesse dell'intera comunità;

uno degli aspetti più importanti della medicina di genere è quello che riguarda i farmaci. Specificatamente, la farmacologia di genere evidenzia e definisce difformità di efficacia e sicurezza dei farmaci a seconda che siano somministrati a soggetti di sesso femminile o maschile;

difatti, le differenze di genere contribuiscono in maniera sostanziale al profilo di efficacia e tollerabilità di quasi tutti gli agenti farmacologici. Le ragioni sono da ricercare nei polimorfismi genetici per gli enzimi metabolizzanti i farmaci, nel rapporto massa grassa/massa magra, nelle influenze che gli ormoni esercitano sull'assorbimento e nella distribuzione dei farmaci nei vari distretti corporei;

tuttavia, fatte salve le problematiche risultanti da terapie ormonali o legate a gravidanza e allattamento, si ritiene correntemente che sia il genere maschile a rappresentare le caratteristiche di base della specie. Ne è la riprova una tradizione di studi registrativi effettuati prevalentemente su pazienti maschi nonostante, specie nelle prime fasi della ricerca clinica, siano necessarie cautele dovute a ragioni di tutela della salute della donna e del suo sistema riproduttivo. Di fatto, nella sperimentazione clinica, fino agli anni Novanta, non risulta prevista la presenza femminile come richiesta specifica di linee guida metodologiche;

ancora oggi le donne sono per lo più rappresentate, in percentuali minoritarie, negli studi clinici di fase II e III, mentre negli studi di fase I tra i volontari sani è molto più difficile coinvolgere soggetti di sesso femminile. Tale disparità in parte è dovuta alle maggiori cautele nei confronti delle donne, che potrebbero trovarsi in stato interessante, e alla amplificazione della variabilità (dovuta alle fasi del ciclo nonché all'eventuale utilizzo della terapia contraccettiva) e in parte alla loro minore disponibilità di tempo libero;

ne consegue che le terapie non sempre sono adeguate alle esigenze femminili, o non lo sono del tutto, poiché, come premesso, i farmaci sono stati studiati principalmente sull'uomo, dosaggi, effetti collaterali e strategie terapeutiche sono nella realtà disegnati su individui con metabolismo, distribuzione della massa corporea, suscettibilità agli effetti collaterali totalmente diversi nonché con importanti differenze dal punto di vista ormonale;

tuttavia, le problematiche connesse alla farmacologia di genere non derivano unicamente dal ciò, difatti, ancor più rilevanti sono le criticità relative all'appropriatezza d'uso dal momento che, variando la patogenesi delle stesse malattie nei due generi, i farmaci hanno efficacia diversa nell'uomo e nella donna;

altra ma non meno rilevante problematica rilevata nella medicina di genere è la capacità di accesso ai servizi, è ampiamente dimostrato che un disagio socio-economico riduce la possibilità per le donne di sottoporsi ai necessari esami e *screening* finalizzati alla prevenzione;

infine, il problema delle differenze tra uomo e donna, va molto al di là dei pur complessi aspetti clinici invadendo la sfera socio-sanitaria. Svariati sono i fattori sociali ed economici, come ricorda l'OMS (*fact sheet* 334, novembre 2009), che, a livello globale, hanno un impatto importante, immediato o futuro, sulla salute delle donne, nello specifico: l'uso crescente del tabacco, la vulnerabilità sociale ed economica che fa sì che epidemie come l'HIV/AIDS siano diventate epidemie «femminili», la violenza sessuale che colpisce le donne in un rapporto 4 a 1, le gravidanze non volute e il ricorso crescente a pratiche abortive pericolose, gli incidenti stradali e domestici, la tendenza al sovrappeso e all'obesità e la mortalità materna;

considerato che:

un esempio per la valorizzazione e l'applicazione della medicina di genere è il «Polo Donna» del Policlinico A. Gemelli, il cui precipuo scopo è quello di sviluppare appositi percorsi clinico-assistenziali per la donna, mediante la presa in carico dalla paziente da parte di *équipe* multidisciplinari;

il Polo non si limita a definire specifici percorsi clinico-assistenziali, ma cerca di promuovere iniziative a carattere sociale e psicologico volte a sostenere la donna in difficoltà, raccordandosi, quando necessario, con gli altri Poli e le altre strutture del Policlinico per dare una risposta globale alla domanda di salute delle pazienti, sviluppando, inoltre, una stretta collaborazione con gli specialisti del territorio e con i medici di medicina generale al fine di offrire alla donna un servizio completo, efficiente ed efficace;

inoltre, dal 2017, presso il Policlinico A. Gemelli di Roma opererà l'innovativa Unità di sperimentazione clinica «Farmacologia di Genere» ispirata al concetto di medicina di genere, strettamente connessa alla medicina personalizzata e a quella di precisione;

il progetto, denominato «BioBalance», è volto a strutturare un reparto sperimentale dedicato alle patologie femminili e allo sviluppo della farmacologia di genere (con specifico riferimento alla fase 1 e 2) e allo studio del diverso impatto di nuovi farmaci a livello di metabolismo, farmacocinetica e farmacodinamica;

questo centro, inizialmente dedicato unicamente alle patologie oncologiche, è dotato di un laboratorio dedicato allo studio della cinetica dei farmaci, svolgerà attività di ricerca di eccellenza, divenendo, nel tempo, un importante polo di attrazione internazionale per sperimentazioni cliniche;

tuttavia, centri come quello del Policlinico A. Gemelli di Roma sono realtà ancora troppo rare in Italia e, più in generale, lo sviluppo di approcci terapeutici diversificati per i due sessi restano tendenzialmente

minoritari, compromettendo in tal modo un pieno ed effettivo accesso ai livelli essenziali di assistenza da parte delle donne e, conseguentemente, violando i principi sottesi all'articolo 32 della Costituzione della Repubblica;

il provvedimento in esame, all'articolo 1 comma 1, introduce uno specifico riferimento alla medicina di genere nell'ambito della sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, prevedendo inoltre, all'articolo 2 comma 2, un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza che tenga conto delle specifiche esigenze della medicina di genere,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di:

riconoscere a livello nazionale la medicina di genere come approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche indispensabile per garantire l'appropriatezza delle cure;

avviare indagini trasversali in ambiti preclinici, clinici, sociologici ed economici al fine di individuare:

- a) specifici protocolli di prevenzione genere-mirati;
- b) linee guida a livello nazionale;

promuovere l'insegnamento e la ricerca, garantendo, al contempo, adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;

avviare campagne di informazione dell'opinione pubblica sull'influenza delle differenze di genere sulle patologie cliniche e sulle relative cure;

istituire l'Osservatorio nazionale per la medicina di genere;

promuovere e sostenere, anche finanziariamente, la ricerca sulla medicina di genere e lo sviluppo, prevedendo all'interno delle strutture sanitarie nazionali strutture specificamente dedicate alla presa in carico dei pazienti di genere femminile.

(*) Accolto dal Governo

G1.102

ORELLANA

V. testo 2

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premesso che:

il crescente invecchiamento della popolazione, accompagnato da una significativa presenza di patologie ad andamento cronico-degenerativo, determinano un aumento della domanda di assistenza territoriale;

nell'ambito dell'assistenza territoriale, con i termini «assistenza residenziale» e «assistenza semiresidenziale» si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonee unità d'offerta accreditate per la specifica funzione;

al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), diventa indispensabile rilevare, tra le altre forme di assistenza, anche le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate sul territorio nazionale, allo scopo di comprendere al meglio le esigenze emerse e assicurare risposte appropriate;

la prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore;

la prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di «terapia post-acuzie» (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero;

gli stessi principi di «cronicità» e «stabilizzazione» meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o poli patologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero;

è inoltre opportuno sottolineare che la prestazione «residenziale» non si differenzia necessariamente da quella «ospedaliera» per un minore gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie;

il provvedimento in esame, all'articolo 9, disciplina un aspetto molto specifico (anche se di assoluta rilevanza) delle strutture residenziali e semiresidenziali, tralasciando tuttavia alcune criticità che interessano il sistema di presa in carico del paziente non autosufficiente, quali le disparità regionali e le tariffe ormai obsolete;

considerato che:

il nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Resi-

denziale e Semiresidenziale (FAR), intende raccogliere sistematicamente informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche;

tale monitoraggio contribuisce, inoltre, a supportare il raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzare e orientare al meglio le risorse impiegate nell'offerta sanitaria nazionale sul territorio;

il disegno del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale è il risultato di un lungo percorso di studio e condivisione ai diversi livelli del SSN, a partire dal lavoro prodotto nell'ambito del «Programma Mattoni del SSN», avviato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003. Le attività condotte, in particolare, dal Mattone 12 - «Prestazioni residenziali e semi-residenziali» hanno risposto alla finalità di definire un «linguaggio comune» propedeutico all'attivazione di una rilevazione sistematica dei servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale e rendere disponibili metodologie e strumenti condivisi atti a consentire lo scambio informativo tra il livello nazionale e i sistemi sanitari regionali;

il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e semiresidenziale è stato istituito dal DM 17 dicembre 2008, emesso dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, a seguito del parere favorevole espresso nella seduta del 20 novembre 2008 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

il decreto disciplina pertanto la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS;

la rilevazione effettiva è iniziata dal 10 luglio 2009 e prevede che il conferimento dei dati da parte delle Regioni diventi, a partire dal 10 gennaio 2012, adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005;

è bene specificare che alcune Regioni si sono avvalse della possibilità di presentare un piano di adeguamento, che doveva comunque prevedere la disponibilità dei dati a partire dal 10 gennaio 2012; a fine dicembre 2011 il 57 per cento delle Regioni ha alimentato il sistema con dati relativi a prestazioni erogate nel corso del 2011,

impegna il Governo a:

rendere il sistema di tariffazione più equo e rispondente ai reali bisogni della popolazione, prevedendo in particolare l'adozione delle seguenti azioni:

a) individuare precise funzioni alle residenze sanitarie nell'ambito della rete dei servizi, chiarendo il rapporto tra post-acuzie, dimissioni

protette, cronicità, ricoveri di sollievo e definendo i parametri assistenziali per complessità;

b) definire *standard* prestazionali e/o assistenziali coerenti con le funzioni assegnate alle diverse tipologie di strutture residenziali;

c) consentire il reale diritto di scelta del luogo di cura, eliminando le barriere alla mobilità degli utenti, compensando la mobilità inter-regionale;

d) prevedere modelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti che siano flessibili e capaci da un lato di cogliere e superare le situazioni di disagio economico e di marginalità sociale, dall'altro di evitare che nelle fasce di popolazione con reddito «capiente» il ricovero in residenza sia incentivato da rette inferiori al costo medio di una badante;

ai fini del calcolo dell'offerta di residenzialità per ogni singola regione tenere in considerazione il fattore di deprivazione sociale;

promuovere e regolamentare in modo organico l'utilizzo di *suites* di strumenti INTER-RAI di terza generazione nell'ambito della realizzazione della valutazione multidimensionale.

G1.102 (testo 2)

ORELLANA

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premesso che:

il crescente invecchiamento della popolazione, accompagnato da una significativa presenza di patologie ad andamento cronico-degenerativo, determinano un aumento della domanda di assistenza territoriale;

nell'ambito dell'assistenza territoriale, con i termini «assistenza residenziale» e «assistenza semiresidenziale» si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonee unità d'offerta accreditate per la specifica funzione;

al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), diventa indispensabile rilevare, tra le altre forme di assistenza, anche le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate sul territorio nazionale, allo scopo di comprendere al meglio le esigenze emerse e assicurare risposte appropriate;

la prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore;

la prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di «terapia post-acuzie» (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero;

gli stessi principi di «cronicità» e «stabilizzazione» meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o poli patologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero;

è inoltre opportuno sottolineare che la prestazione «residenziale» non si differenzia necessariamente da quella «ospedaliera» per un minore gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie;

il provvedimento in esame, all'articolo 9, disciplina un aspetto molto specifico (anche se di assoluta rilevanza) delle strutture residenziali e semiresidenziali, tralasciando tuttavia alcune criticità che interessano il sistema di presa in carico del paziente non autosufficiente, quali le disparità regionali e le tariffe ormai obsolete;

considerato che:

il nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), intende raccogliere sistematicamente informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche;

tale monitoraggio contribuisce, inoltre, a supportare il raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzare e orientare al meglio le risorse impiegate nell'offerta sanitaria nazionale sul territorio;

il disegno del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale è il risultato di un lungo percorso di studio e condivisione ai diversi livelli del SSN, a partire dal lavoro prodotto nell'ambito del «Programma Mattoni del SSN», avviato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003. Le attività condotte, in particolare, dal Mattone 12 - «Prestazioni residenziali e semi-residenziali» hanno risposto alla finalità di definire un «linguaggio comune» propedeutico all'attivazione di una rilevazione sistematica dei servizi di assistenza

residenziale e semiresidenziale e rendere disponibili metodologie e strumenti condivisi atti a consentire lo scambio informativo tra il livello nazionale e i sistemi sanitari regionali;

il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e semiresidenziale è stato istituito dal DM 17 dicembre 2008, emesso dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, a seguito del parere favorevole espresso nella seduta del 20 novembre 2008 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

il decreto disciplina pertanto la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS;

la rilevazione effettiva è iniziata dal 10 luglio 2009 e prevede che il conferimento dei dati da parte delle Regioni diventi, a partire dal 10 gennaio 2012, adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005;

è bene specificare che alcune Regioni si sono avvalse della possibilità di presentare un piano di adeguamento, che doveva comunque prevedere la disponibilità dei dati a partire dal 10 gennaio 2012; a fine dicembre 2011 il 57 per cento delle Regioni ha alimentato il sistema con dati relativi a prestazioni erogate nel corso del 2011,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di:

rendere il sistema di tariffazione più equo e rispondente ai reali bisogni della popolazione, prevedendo in particolare l'adozione delle seguenti azioni:

a) individuare precise funzioni alle residenze sanitarie nell'ambito della rete dei servizi, chiarendo il rapporto tra post-acuzie, dimissioni protette, cronicità, ricoveri di sollievo e definendo i parametri assistenziali per complessità;

b) definire *standard* prestazionali e/o assistenziali coerenti con le funzioni assegnate alle diverse tipologie di strutture residenziali;

c) consentire il reale diritto di scelta del luogo di cura, eliminando le barriere alla mobilità degli utenti, compensando la mobilità interregionale;

d) prevedere modelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti che siano flessibili e capaci da un lato di cogliere e superare le situazioni di disagio economico e di marginalità sociale, dall'altro di evitare che nelle fasce di popolazione con reddito «capiante» il ricovero in residenza sia incentivato da rette inferiori al costo medio di una badante;

ai fini del calcolo dell'offerta di residenzialità per ogni singola regione tenere in considerazione il fattore di deprivazione sociale;

promuovere e regolamentare in modo organico l'utilizzo di *suites* di strumenti INTER-RAI di terza generazione nell'ambito della realizzazione della valutazione multidimensionale.

(*) Accolto dal Governo

G1.103

ORELLANA

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale», con specifico riferimento al Capo I, recante «Sperimentazione Clinica dei Medicinali e Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza»,

premessi che:

L'«Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane» ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale;

L'Osservatorio ha recentemente pubblicato il rapporto «Osservasalute 2015», contenente una puntuale raccolta e analisi di dati sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza nelle nostre regioni;

L'analisi ha confermato l'andamento crescente del tasso di invecchiamento della popolazione, difatti, quasi un italiano su 5 ha più di 65 anni, con un numero di ultracentenari in netto aumento (triplicati dai 5650 casi del 2002 ai 19.000 del 2015), dato che si accompagna ad un incremento delle persone che perdono, per malattia, la loro autonomia e la loro autosufficienza;

di particolare rilievo sono i dati relativi all'aspettativa di vita, che nel 2015 era di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 per le donne, segnando, pertanto, un'inversione di tendenza rispetto al 2014, un anno caratterizzato da una media di 80,3 anni per gli uomini e 85 per le donne;

per quel che concerne le campagne di prevenzione e degli *screening*, il *report* evidenzia come l'Italia abbia destinato alla prevenzione il 4,1 per cento della spesa sanitaria totale, una percentuale tra le più basse tra i paesi dell'Unione Europea;

difatti, secondo quanto dichiarato dal Segretario scientifico dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, è in aumento

l'incidenza dei tumori prevedibili, con specifico riferimento a quelli alla mammella e polmone per le donne e al colon retto per gli uomini;

inoltre, il direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane ha affermato che l'Italia è l'ultimo paese a investire in prevenzione, a cominciare dalle vaccinazioni;

con specifico riferimento al vaccino antinfluenzale per le persone di età superiore ai 65 anni (quella maggiormente soggetta a complicanze) scesa dal 2003 al 2015 dal 63,4 al 49 per cento, una percentuale ben lontana sia dal 75 per cento, considerato il minimo dal piano nazionale prevenzione vaccinale in accordo con l'Oms, sia dal 95 per cento, giudicato invece livello ottimale;

è bene inoltre ricordare che, a partire dal 2013, anno in cui era stato raggiunto l'obiettivo minimo per le vaccinazioni obbligatorie in età pediatrica, pari al 95 per cento entro i due anni di età, il tasso di vaccinazioni ha subito un leggero calo (ma sempre sopra il 94 per cento). Andamento simile per le vaccinazioni raccomandate, come Pertosse (-1,1 per cento) e anti-Hib, l'*Haemophilus Influenzae* di tipo B (-0,6 per cento). Variazioni maggiori per le coperture di morbillo, parotite, rosolia (-4 per cento) e meningococco C coniugato (-2,5 per cento). Cresciute invece le coperture di anti-varicella (+10,3%) e Pneumococco coniugato (0,6 per cento). La copertura anti-morbillo-parotite-rosolia non ha raggiunto ancora il 95 per cento ottimale,

premesso altresì che:

uno dei dati più allarmanti che emerge dal rapporto è il consolidamento di divari territoriali sempre più consistenti;

difatti, le regioni del Sud, che hanno i finanziamenti *pro capite* più bassi per la spesa sanitaria, o quelle che ancora sono in piano di rientro, registrano, in termini di tasso di mortalità e di speranza di vita, dati fortemente negativi;

questa sostanziale disparità determina una forte sperequazione nelle possibilità di accesso alle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, che, per contro, dovrebbe essere ugualmente garantito a tutti i cittadini;

nel corso della seduta n. 596 del 17 marzo 2016 del Senato della Repubblica, il Ministro Lorenzin ha dichiarato di considerare le vaccinazioni elemento fondante del sistema sanitario nazionale;

nel corso della medesima seduta il ministro ha, altresì, ribadito che che, per quanto riguarda gli *screening* neonatali: «noi abbiamo avuto e abbiamo a disposizione 5 milioni di euro per il 2014 e 10 milioni di euro per il 2015»;

tuttavia, anche alla luce dei dati sin qui esposti, gli stanziamenti e le azioni adottati, sebbene di assoluto rilievo, sembrano non essere sufficienti per contrastare le criticità che caratterizzano il piano vaccinale e quello degli *screening*, non solo neoantali,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di adottare le necessarie misure al fine di:

eliminare progressivamente i divari esistenti a livello regionale e garantire, così, il concreto accesso alle prestazioni previste dai LEA a tutti i cittadini;

incrementare le risorse destinate al Piano nazionale prevenzione vaccinale e, più in generale, quelle destinate alla medicina preventiva, con specifico riferimento all'effettuazione di programmi di *screening* su tutto il territorio nazionale.

(*) Accolto dal Governo

ARTICOLO 2 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 2.

Approvato

(Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento delle procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate anche tramite ricorso a tecniche di anestesia locoregionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti.

2. L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, tiene conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale.

EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

2.200

FUCKSIA

Respinto

Al comma 1 dopo le parole: «si provvede», inserire le seguenti: «con cadenza biennale».

2.201

FUCKSIA

Improcedibile

Al comma 1, dopo lo. parola: «locoregionale», aggiungere le seguenti: «anche con tecniche di agopuntura».

2.202

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Improponibile

Al comma 1, dopo le parole: «scelta delle partorienti», sono inserite le seguenti: «e con l’inserimento delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita».

2.203

FUCKSIA

Respinto

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. Il Ministro della salute, con decreto, provvede con cadenza biennale entro e non oltre il 31 dicembre ad aggiornare il Nomenclatore Tariffario».

2.204

ORELLANA

Ritirato

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, con la procedura di cui all’articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provvede all’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con specifico riferimento alla revisione dell’elenco dei presidi per persone affette da patologia diabetica, al fine di migliorare la qualità della vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva, nonché garantire equità di accesso alle tecnologie complesse atte ad una più efficace ed efficiente cura dei pazienti».

G2.100

ORELLANA (*)

Non posto in votazione ()**

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge A.S. 1324 recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premessi che:

si definiscono «diabete mellito» tutte le malattie e condizioni che, non trattate, portano a un eccesso di zuccheri nel sangue (iperglicemia);

la forma più frequente di diabete, il diabete di tipo 2 si manifesta generalmente dopo i 40 anni, soprattutto in persone sovrappeso o affette da obesità. È comunemente noto come «diabete dell'anziano, diabete alimentare» o con la sigla DM2 o T2DM. È la forma di gran lunga più comune con milioni di casi in Italia;

si calcola che attualmente in Italia circa 3 milioni di persone abbiano il diabete di tipo 2 e siano diagnosticate e seguite, 1 milione di persone abbiano il diabete di tipo 2 ma non siano state diagnosticate e che 2,6 milioni di persone abbiano difficoltà a mantenere le glicemie nella norma, una condizione che nella maggior parte dei casi prelude allo sviluppo del diabete di tipo 2;

per contro, il diabete di tipo 1 è dovuto a una reazione autoimmune che distrugge le betacellule del pancreas dove viene prodotta l'insulina;

il diabete di tipo 1 insorge spesso in età pediatrica, circa 100 mila bambini e ragazzi in Italia ne sono affetti e sono seguiti da una rete di Servizi di Diabetologia Pediatrica all'interno dei quali team specializzati sono in grado di prescrivere le terapie più appropriate e soprattutto di educare la famiglia e i ragazzi a una corretta gestione del diabete;

il soggetto affetto da diabete di tipo 1, che in genere insorge nei primi 30 anni di vita, deve misurare spesso la glicemia e, sulla base di questi dati, decidere di assumere una determinata dose di insulina. È quindi fondamentale per la persona con diabete di tipo 1 mantenere il più possibile vicino alla norma la glicemia, evitando ipoglicemie e iperglicemie, che a lungo andare generano complicanze anche gravi;

questo tipo di diabete può essere considerato la più frequente tra le patologie rare, difatti ogni anno si rilevano 84 casi ogni milione di persone in Italia (poco meno di 5 mila casi). Alcune regioni italiane, in primo luogo la Sardegna, hanno tassi di incidenza superiori alla media europea;

di fatto il 9,2 per cento della popolazione italiana ha difficoltà a mantenere sotto controllo la glicemia e nel 2030 si prevede che le persone diagnosticate con diabete saranno 5 milioni;

è evidente che tale patologia ha costi sanitari diretti consistenti (10-15 per cento dei costi dell'assistenza sanitaria), con un elevato costo pro capite (3348 euro l'anno per paziente) e la previsione di aumento dell'incidenza farà quindi lievitare anche i costi;

l'entità del costo della malattia diabetica è notevolmente variabile da Paese a Paese, ma comunque sempre riconducibile a tre voci ben definite: costi diretti, che includono tutti i costi relativi direttamente alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario (farmaci, *device*, prestazioni di cure ospedaliere e extraospedaliere); costi indiretti, riferibili alla perdita di produttività causata da disabilità temporanea o permanente, pensionamento anticipato, perdita di giorni di lavoro, mortalità prematura; costi intangibili, ossia tutte le situazioni di alterazione della qualità di vita imputabili in modo diretto o indiretto alla malattia (depressione, ansia, discriminazioni sul lavoro o nelle relazioni interpersonali);

attualmente il diabete occupa il secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti, avendo determinato nel 2010 il 10-15 per cento dei costi dell'assistenza sanitaria in Italia. In assenza di complicanze, questi sono pari a circa 800 euro all'anno per persona, mentre, in presenza di complicanze, possono variare tra i 3.000 e i 36.000 euro all'anno a persona;

l'impatto sociale del diabete si avvia, quindi, a essere sempre più difficile da sostenere per la comunità in assenza di un'efficace attività di prevenzione e cura;

inoltre, come riportato dal Piano Nazionale Diabete le disuguaglianze sociali agiscono fortemente sul rischio diabete: la prevalenza della malattia è, infatti, più elevata nelle classi sociali più basse e tal effetto è evidente in tutte le fasce di età;

considerato che:

con specifico riferimento all'assistenza del paziente diabetico in ambiente scolastico, in particolare del paziente minorenne, un'assistenza appropriata del diabete nelle scuole è necessaria per la sicurezza del bambino, per il suo benessere a lungo termine e per migliori risultati scolastici;

numerosi studi (in particolare il *Diabetes Control and Complications Trial-DCCT*) hanno dimostrato il legame importante fra controllo glicemico e conseguente sviluppo di complicanze del diabete; un migliore controllo glicemico fa diminuire tale rischio. Pertanto, per ottenere un buon controllo glicemico, un bambino diabetico deve monitorare frequentemente le glicemie, seguire una dieta e una terapia e somministrare l'insulina con iniezioni multiple giornaliere o con un microinfusore;

a tal proposito giova ricordare che sono stati recentemente immessi in commercio strumenti per la misurazione delle glicemie che garantiscono al contempo una minore invasività dei controlli con un monitoraggio pressoché continuo dei livelli di zucchero nel sangue;

l'impiego di tali strumenti è da considerare certamente come un grande passo avanti nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 1,

con specifico riferimento al monitoraggio nei bambini e alla loro integrazione nell'ambiente scolastico, in quanto, oltre a essere praticamente indolore, offrono la possibilità di un controllo a distanza tramite *smartphone*, contribuendo ad agevolare notevolmente l'attività di assistenza svolta dal personale scolastico abilitato;

in proposito, particolarmente rilevante è il contenuto dell'obiettivo 9 del succitato Piano Nazionale Diabete che mira, tra l'altro, a definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse, (come i sensori per la misurazione continua della glicemia) e a definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle tecnologie;

inoltre, per il raggiungimento dell'obiettivo 6, ossia migliorare la qualità della vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva, le linee di indirizzo strategico prioritarie prevedono la promozione dell'uso appropriato delle tecnologie;

l'articolo 2 del provvedimento in esame reca disposizioni finalizzate ad introdurre aggiornamenti dei livelli essenziali di assistenza,

impegna il Governo a dare concreta attuazione agli obiettivi del Piano Nazionale Diabete, con specifico riferimento all'obiettivo 6 e all'obiettivo 9, valutando in particolare l'opportunità di aggiornare i presidi per persone affette da patologia diabetica di cui all'articolo 13 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008 (Allegato 3), nel rispetto degli equilibri della finanza pubblica.

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta i senatori Maurizio Romani, Fucksia e Granaola

(**) Accolto dal Governo

CAPO II

PROFESSIONI SANITARIE

ARTICOLO 3 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 3.

Approvato nel testo emendato

(Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie)

1. Al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, i capi I, II e III sono sostituiti dai seguenti:

«CAPO I

DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Art. 1. - (*Ordini delle professioni sanitarie*) – 1. Nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province esistenti alla data del 31 dicembre 2012 sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti e dei biologi. Qualora il numero dei professionisti residenti nella circoscrizione geografica sia esiguo ovvero sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, il Ministero della salute, su proposta delle rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli Ordini interessati, può disporre che un Ordine abbia per competenza territoriale due o più circoscrizioni geografiche finitime.

2. Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali:

a) sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale;

b) sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica;

c) promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva;

d) verificano il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curano la tenuta e la pubblicità degli albi dei professionisti e, laddove previsti dalle norme, di specifici elenchi;

e) assicurano un adeguato sistema di informazione sull'attività svolta, per garantire accessibilità e trasparenza alla loro azione, in armonia con i principi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

f) partecipano alle procedure relative alla programmazione dei fabbisogni di professionisti, alle attività formative e all'esame di abilitazione all'esercizio professionale;

g) rendono il proprio parere obbligatorio sulla disciplina regolamentare dell'esame di abilitazione all'esercizio professionale, fermi restando gli altri casi, previsti dalle norme vigenti, di parere obbligatorio degli Ordini per l'adozione di disposizioni regolamentari;

h) concorrono con le istituzioni sanitarie e formative pubbliche e private alla promozione, organizzazione e valutazione delle attività formative e dei processi di aggiornamento per lo sviluppo continuo professionale di tutti gli iscritti agli albi, promuovendo il mantenimento dei requi-

siti professionali anche tramite i crediti formativi acquisiti sul territorio nazionale e all'estero;

i) separano, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante. A tal fine, in ogni regione sono costituiti uffici istruttori di albo, composti da un numero compreso tra cinque e undici iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione, garantendo la rappresentanza di tutti gli Ordini, e un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute. Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento o per l'apertura del procedimento disciplinare, formulando in questo caso il profilo di addebito. I componenti degli uffici istruttori non possono partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza;

l) vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito.

Art. 2. - (*Organi*) - 1. Sono organi degli Ordini delle professioni sanitarie:

- a)* il presidente;
- b)* il Consiglio direttivo;
- c)* la commissione di albo, per gli Ordini comprendenti più professioni;
- d)* il collegio dei revisori.

2. Ciascun Ordine elegge in assemblea, fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti ed a scrutinio segreto:

a) il Consiglio direttivo, che, fatto salvo quanto previsto per la professione odontoiatrica dall'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è costituito da sette componenti se gli iscritti all'albo non superano il numero di cinquecento, da nove componenti se gli iscritti all'albo superano i cinquecento ma non i millecinquecento e da quindici componenti se gli iscritti all'albo superano i millecinquecento; con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine dei tecnici di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

b) la commissione di albo, che, per la professione odontoiatrica, è costituita da cinque componenti del medesimo albo se gli iscritti non superano i millecinquecento, da sette componenti se gli iscritti superano i millecinquecento ma sono inferiori a tremila e da nove componenti se gli iscritti superano i tremila e, per la professione medica, è costituita dalla componente medica del Consiglio direttivo; con decreto del Ministro della

salute è determinata la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

c) il collegio dei revisori dei conti, composto da tre iscritti all'albo quali componenti effettivi e da un iscritto in qualità di revisore supplente. Nel caso di Ordini con più albi, fermo restando il numero dei componenti, è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza delle diverse professioni.

3. La votazione è valida in prima convocazione quando abbia votato almeno un quarto degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché non inferiore a un decimo degli iscritti.

4. Le votazioni durano da un minimo di due a un massimo di cinque giorni consecutivi, di cui uno festivo, e si svolgono anche in più sedi, con forme e modalità che ne garantiscano la piena accessibilità in ragione del numero degli iscritti, dell'ampiezza territoriale e delle caratteristiche geografiche. Qualora l'Ordine abbia un numero di iscritti superiore a cinquemila, la durata delle votazioni non può essere inferiore a tre giorni. Il presidente è responsabile del procedimento elettorale.

5. Avverso la validità delle operazioni elettorali è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

6. I componenti del Consiglio direttivo durano in carica quattro anni e l'assemblea per la loro elezione deve essere convocata nel terzo quadrimestre dell'anno in cui il Consiglio scade. La proclamazione degli eletti deve essere effettuata entro il 31 dicembre dello stesso anno.

7. Ogni Consiglio direttivo elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta dei suoi componenti, il presidente, il vicepresidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, con la maggioranza dei due terzi dei componenti del Consiglio.

8. Il presidente ha la rappresentanza dell'Ordine, di cui convoca e presiede il Consiglio direttivo e le assemblee degli iscritti; il vice presidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento ed esercita le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

9. In caso di più albi nello stesso Ordine, con le modalità di cui al comma 7 ogni commissione di albo elegge e può sfiduciare il presidente, il vice presidente e, per gli albi con un numero di iscritti superiore a mille, il segretario. Il presidente ha la rappresentanza dell'albo, di cui convoca e presiede la commissione. Il vice presidente sostituisce il presidente in caso di necessità ed esercita le funzioni a lui delegate, comprese quelle inerenti alla segreteria della commissione in relazione agli albi con un numero di iscritti pari o inferiore a mille.

Art. 3. - (*Compiti del Consiglio direttivo e della commissione di albo*) - 1. Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine spettano le seguenti attribuzioni:

a) iscrivere i professionisti all'Ordine nel rispettivo albo, compilare e tenere gli albi dell'Ordine e pubblicarli all'inizio di ogni anno;

b) vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine;

c) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale;

d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, anche in riferimento alla formazione universitaria finalizzata all'accesso alla professione;

e) interpersi, se richiesto, nelle controversie fra gli iscritti, o fra un iscritto e persona o ente a favore dei quali questi abbia prestato o prestato la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di mancata conciliazione, dando il suo parere sulle controversie stesse;

f) provvedere all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine e proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo;

g) proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale, anche diversificata, necessaria a coprire le spese di gestione, nonché la tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari.

2. Alle commissioni di albo spettano le seguenti attribuzioni:

a) proporre al Consiglio direttivo l'iscrizione all'albo del professionista;

b) assumere, nel rispetto dell'integrità funzionale dell'Ordine, la rappresentanza esponentiale della professione e, negli Ordini con più albi, esercitare le attribuzioni di cui alle lettere *c)*, *d)* ed *e)* del comma 1;

c) adottare e dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari nei confronti di tutti gli iscritti all'albo e a tutte le altre disposizioni di ordine disciplinare e sanzionatorio contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;

d) esercitare le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie, come individuate dallo statuto;

e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione.

3. Per gli Ordini che comprendono un'unica professione le funzioni e i compiti della commissione di albo spettano al Consiglio direttivo.

4. Contro i provvedimenti per le materie indicate ai commi 1, lettera *a)*, e 2, lettere *a)* e *c)*, è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 4. - (*Scioglimento dei Consigli direttivi*) - 1. I Consigli direttivi possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente o qualora si configurino gravi violazioni della normativa vigente.

2. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute, sentite le rispettive Federazioni nazionali. Con lo stesso decreto è nomi-

nata una commissione straordinaria di tre componenti iscritti al medesimo Ordine. Alla commissione competono tutte le attribuzioni del Consiglio disciolto.

3. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni.

4. Il nuovo Consiglio eletto dura in carica quattro anni.

CAPO II

DEGLI ALBI PROFESSIONALI

Art. 5. - (*Albi professionali*) – 1. Ciascun Ordine ha uno o più albi permanenti, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva professione, ed elenchi per categorie di professionisti laddove previsti da specifiche norme.

2. Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolto, è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.

3. Per l'iscrizione all'albo è necessario:

a) avere il pieno godimento dei diritti civili;

b) essere in possesso del prescritto titolo ed essere abilitati all'esercizio professionale in Italia;

c) avere la residenza o il domicilio o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine.

4. Fermo restando quanto disposto dal decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali, possono essere iscritti all'albo gli stranieri in possesso dei requisiti di cui al comma 3, che siano in regola con le norme in materia di ingresso e soggiorno in Italia.

5. Gli iscritti che si stabiliscono in un Paese estero possono a domanda conservare l'iscrizione all'Ordine professionale italiano di appartenenza.

Art. 6. - (*Cancellazione dall'albo professionale*) – 1. La cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Ministro della salute o del procuratore della Repubblica, nei casi:

a) di perdita del godimento dei diritti civili;

b) di accertata carenza dei requisiti professionali di cui all'articolo 5, comma 3, lettera b);

c) di rinuncia all'iscrizione;

d) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto;

e) di trasferimento all'estero, salvo quanto previsto dall'articolo 5, comma 5.

2. La cancellazione, tranne nei casi di cui al comma 1, lettera *c*), non può essere pronunciata se non dopo aver sentito l'interessato, ovvero dopo mancata risposta del medesimo a tre convocazioni per tre mesi consecutivi.

CAPO III

DELLE FEDERAZIONI NAZIONALI

Art. 7. - (*Federazioni nazionali*) - 1. Gli Ordini territoriali sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma, che assumono la rappresentanza esponentiale delle rispettive professioni presso enti e istituzioni.

2. Alle Federazioni nazionali sono attribuiti compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo agli Ordini e alle Federazioni regionali, ove costituite, nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali.

3. Le Federazioni nazionali emanano il codice deontologico, approvato dai rispettivi Consigli nazionali e riferito a tutti gli iscritti agli Ordini territoriali, definendo le aree condivise tra le diverse professioni, con particolare riferimento alle attività svolte da *équipe* multiprofessionali in cui le relative responsabilità siano chiaramente identificate ed eticamente fondate.

Art. 8. - (*Organi delle Federazioni nazionali*) 1. Sono organi delle Federazioni nazionali:

- a) il presidente;
- b) il Consiglio nazionale;
- c) il Comitato centrale;
- d) la commissione di albo, per le Federazioni comprendenti più professioni;
- e) il collegio dei revisori.

2. Le Federazioni sono dirette dal Comitato centrale costituito da quindici componenti, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409.

3. La commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri si compone di nove membri eletti dai presidenti delle commissioni di albo territoriali contestualmente e con le stesse modalità e procedure di cui ai commi 7, 8 e 9. I primi eletti entrano a far parte del Comitato centrale della Federazione nazionale a norma dei commi secondo e terzo dell'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409; con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione delle commissioni di albo dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

4. I rappresentanti di albo eletti si costituiscono come commissione disciplinare di albo con funzione giudicante nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi dell'Ordine appartenenti al medesimo albo. È isti-

tuito l'ufficio istruttorio nazionale di albo, costituito da cinque componenti sorteggiati tra quelli facenti parte dei corrispettivi uffici istruttori regionali e da un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute.

5. Ogni Comitato centrale elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta degli aventi diritto, il presidente, il vice presidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, con la maggioranza qualificata dei due terzi degli aventi diritto.

6. Il presidente ha la rappresentanza della Federazione, di cui convoca e presiede il Comitato centrale e il Consiglio nazionale, composto dai presidenti degli Ordini professionali; il vice presidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

7. I Comitati centrali sono eletti dai presidenti dei rispettivi Ordini, nel primo trimestre dell'anno successivo all'elezione dei presidenti e dei Consigli direttivi degli Ordini professionali, tra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti e a scrutinio segreto.

8. Ciascun presidente dispone di un voto per ogni cinquecento iscritti e frazione di almeno duecentocinquanta iscritti al rispettivo albo.

9. Avverso la validità delle operazioni elettorali è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

10. Il Consiglio nazionale è composto dai presidenti dei rispettivi Ordini.

11. Spetta al Consiglio nazionale l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo della Federazione su proposta del Comitato centrale, nonché l'approvazione del codice deontologico e dello statuto e delle loro eventuali modificazioni.

12. Il Consiglio nazionale, su proposta del Comitato centrale, stabilisce il contributo annuo che ciascun Ordine deve versare in rapporto al numero dei propri iscritti per le spese di funzionamento della Federazione.

13. All'amministrazione dei beni spettanti alla Federazione provvede il Comitato centrale.

14. Al Comitato centrale di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:

a) predisporre, aggiornare e pubblicare gli albi e gli elenchi unici nazionali degli iscritti;

b) vigilare, sul piano nazionale, alla conservazione del decoro e dell'indipendenza delle rispettive professioni;

c) coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini nelle materie che, in quanto inerenti le funzioni proprie degli Ordini, richiedono uniformità di interpretazione ed applicazione;

d) promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d);

e) designare i rappresentanti della Federazione presso commissioni, enti od organizzazioni di carattere nazionale, europeo ed internazionale;

f) dare direttive di massima per la soluzione delle controversie di cui alla lettera *e)* del comma 1 dell'articolo 3.

15. Alle commissioni di albo di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:

a) dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione;

b) esercitare il potere disciplinare, a norma del comma 4.

c) nelle Federazioni con più albi, le funzioni di cui alle lettere *d)*, *e)* ed *f)* del comma 14, eccettuati i casi in cui le designazioni di cui alla suddetta lettera *e)* concernano uno o più rappresentanti dell'intera Federazione.

16. In caso di più albi nella stessa Federazione, con le modalità di cui al comma 5 ogni commissione di albo elegge e può sfiduciare il presidente, il vice presidente e il segretario. Il presidente ha la rappresentanza dell'albo e convoca e presiede la commissione; può inoltre convocare e presiedere l'assemblea dei presidenti di albo. Il vice presidente sostituisce il presidente in caso di necessità ed esercita le funzioni a lui delegate. Il segretario svolge le funzioni inerenti alla segreteria della commissione.

17. Per le Federazioni che comprendono un'unica professione le funzioni ed i compiti della commissione di albo spettano al Comitato centrale.

18. Contro i provvedimenti adottati ai sensi del comma 15, lettera *b)*, e del comma 17 è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

19. I Comitati centrali e le commissioni di albo possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di cinque componenti iscritti agli albi professionali della categoria; alla commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato o della commissione disciolti. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni. Il nuovo Comitato centrale eletto dura in carica quattro anni».

2. I presidenti delle Federazioni nazionali di cui all'articolo 8, comma 1, lettera *a)*, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dal comma 1 del presente articolo, sono membri di diritto del Consiglio superiore di sanità.

3. Gli Ordini e i rispettivi organi in essere alla data di entrata in vigore della presente legge restano in carica fino alla fine del proprio mandato con le competenze ad essi attribuite dalla legislazione vigente; il rinnovo avviene con le modalità previste dal presente articolo e dai regolamenti attuativi di cui al comma 5.

4. Gli organi delle Federazioni nazionali di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946,

come introdotto dal comma 1 del presente articolo, restano in carica fino alla fine del proprio mandato; il loro rinnovo avviene con le modalità previste dalle disposizioni di cui al presente articolo e dai regolamenti attuativi di cui al comma 5.

5. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, mediante uno o più regolamenti adottati con decreto del Ministro della salute ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle Federazioni nazionali interessate, da esprimere entro novanta giorni dalla richiesta. Tali regolamenti disciplinano:

a) le norme relative all'elezione degli organi, ivi comprese le commissioni di albo, il regime delle incompatibilità e il limite dei mandati degli organi degli Ordini e delle relative Federazioni nazionali;

b) i criteri e le modalità per l'applicazione di atti sostitutivi o per lo scioglimento degli Ordini;

c) la tenuta degli albi, le iscrizioni e le cancellazioni dagli albi stessi;

d) la riscossione ed erogazione dei contributi, la gestione amministrativa e contabile degli Ordini e delle Federazioni;

e) l'istituzione delle assemblee dei presidenti d'albo con funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività istituzionali a questi affidate;

f) le sanzioni ed i procedimenti disciplinari, i ricorsi e la procedura dinanzi alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

6. Lo statuto delle Federazioni nazionali, approvato dai Consigli nazionali, definisce:

a) la costituzione e l'articolazione delle Federazioni regionali o interregionali, il loro funzionamento e le modalità della contribuzione strettamente necessaria all'assolvimento delle funzioni di rappresentanza esponenziale delle professioni presso gli enti e le istituzioni regionali di riferimento;

b) le attribuzioni di funzioni e le modalità di funzionamento degli organi;

c) le modalità di articolazione territoriale degli Ordini;

d) l'organizzazione e gestione degli uffici, del patrimonio, delle risorse umane e finanziarie.

7. Fino alla data di entrata in vigore dei regolamenti e degli statuti di cui rispettivamente ai commi 5 e 6 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, nonché i regolamenti di organizzazione delle Federazioni nazionali.

8. A decorrere dalla data di entrata in vigore dei regolamenti e degli statuti di cui rispettivamente ai commi 5 e 6, sono abrogati gli articoli 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

9. Dalla data di entrata in vigore della presente legge i collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni nazionali sono trasformati nel modo seguente:

a) i collegi e le Federazioni nazionali degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI) in Ordini delle professioni infermieristiche e Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. L'albo degli infermieri professionali assume la denominazione di albo degli infermieri. L'albo delle vigilatrici d'infanzia assume la denominazione di albo degli infermieri pediatrici;

b) i collegi delle ostetriche in Ordini della professione di ostetrica;

c) i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica in Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

10. La professione di assistente sanitario confluisce nell'Ordine di cui al comma 9, lettera *c)*, del presente articolo ai sensi dell'articolo 4 della legge 10 febbraio 2006, n. 43.

11. Le Federazioni nazionali degli Ordini di cui al comma 9, lettere *a)*, *b)* e *c)*, assumono la denominazione, rispettivamente, di Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica e Federazione nazionale degli Ordini delle professioni di tecnico sanitario di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

12. Agli Ordini di cui al comma 9 si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dal comma 1 del presente articolo.

13. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, oltre all'albo dei tecnici sanitari di radiologia medica e all'albo dell'assistente sanitario sono istituiti, presso gli ordini di cui al comma 9, lettera *c)*, gli albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ai quali possono iscriversi i laureati abilitati all'esercizio di tali professioni, nonché i possessori di titoli equipollenti o equivalenti alla laurea abilitante, ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

14. Restano ferme le disposizioni di cui agli articoli 5 e 7, comma 2, della legge 10 febbraio 2006, n. 43, in materia di istituzione, trasformazione e integrazioni delle professioni sanitarie.

EMENDAMENTI E ORDINI DEL GIORNO

3.200

FUCKSIA

Respinto

Al comma 1 capoverso «Art. 1.», sostituire il comma 1 con il seguente:

«1. In ogni Regione e città metropolitane sono costituiti gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi e degli psicologi».

Conseguentemente, al comma 1 capoverso «Art. 1» comma 2, lettera h) sopprimere le parole: «Nel caso di regioni con un solo ordine professionale o delle province autonome sono costituiti, rispettivamente, uffici istruttori interregionali o interprovinciali».

3.201

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Ritirato

Al comma 1, capoverso «Art. 1.», comma 1, dopo le parole: «il Ministero della salute, su proposta delle rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli ordini interessati,» con le seguenti: «può disporre» sono sostituite dalle seguenti: «dispone».

3.202

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 1.», comma 1, secondo periodo, sostituire la parola: «finitime» con la seguente: «confinanti».

3.203

D'AMBROSIO LETTIERI

V. testo corretto

Al comma 1, Capo I, capoverso «Art. 1.», comma 2, alla lettera h) dopo la parola: «concorrono» inserite le seguenti: «con le autorità locali

nello studio e nei provvedimenti che possono interessare l'Ordine e contribuiscono».

3.203 (testo corretto)

D'AMBROSIO LETTIERI

Approvato

Al comma 1, Capo I, capoverso «Art. 1.», comma 2, alla lettera h) dopo la parola: «concorrono» inserire le seguenti: «con le autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che possono interessare l'Ordine e contribuiscono».

3.204

FUCKSIA

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 2.», comma 2, sostituire le parole: «Ciascun Ordine elegge in Assemblea, fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa di voti a scrutinio segreto:» con le seguenti: «L'Ordine nazionale elegge in assemblea i candidati fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti, con modalità anche telematiche ed a scrutinio segreto. Le candidature sono presentate, anche per via telematica, nei novanta giorni precedenti alla data delle elezioni e l'Ordine è tenuto per un periodo non inferiore ai sessanta giorni a darne opportuna pubblicità. Ogni iscritto esprime sulla scheda elettorale un massimo di cinque preferenze».

3.205

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 2.», comma 2, lettera a), dopo le parole: «e della prevenzione» aggiungere le seguenti: «, nonché la composizione del Consiglio direttivo dell'ordine delle professioni infermieristiche».

3.206

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 2.», comma 2, lettera b), dopo le parole: «e della prevenzione» aggiungere le seguenti: «, nonché la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'ordine delle professioni infermieristiche».

3.207

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Respinto (*)

Al comma 1, capoverso «Art. 2.», dopo il comma 2, inserire i seguenti:

«2-bis. La presentazione delle candidature è fatta sulla base di liste contraddistinte da un unico contrassegno o motto e dall'indicazione del presidente che capeggia la lista con un numero di candidati almeno pari al numero dei componenti il Consiglio. Le liste dovranno essere depositate presso il Consiglio dell'Ordine almeno trenta giorni prima della data fissata per l'Assemblea elettorale. È consentito candidarsi in una sola lista, pena l'ineleggibilità del candidato presente in più liste.

2-ter. In aggiunta al voto di lista è consentito esprimere, nell'ambito della stessa lista un numero di preferenze non superiore a quello dei componenti da eleggere, escluso il presidente. In assenza di preferenze, vale solo il voto per la lista prescelta. Alla lista che avrà ottenuto il maggior numero dei voti validi andrà il settanta per cento dei seggi arrotondati per eccesso. I seggi restanti sono attribuiti alla lista che si colloca seconda per numero di voti validi conseguiti.

2-quater. Risultano eletti i candidati che hanno ottenuto il maggior numero di preferenze fino a concorrenza dei seggi assegnati alla lista in cui essi sono candidati. Per l'ultimo degli eletti di ciascuna lista, in caso di parità di preferenze, è preferito il candidato che precede nell'ordine della lista».

(*) Ritirato dal proponente e fatto proprio dal senatore Centinaio

3.208

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Ritirato

Al comma 1, capoverso «Art. 2.», al comma 6, dopo le parole: «durano in carica quattro anni» inserire le seguenti: «, per non più di due mandati consecutivi,».

3.209

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 3.», comma 2, lettera b), aggiungere alla fine le seguenti parole: «, eccettuati i casi in cui le designazioni di cui alla suddetta lettera c) concernano uno o più rappresentanti dell'intero Ordine».

3.210

SCILIPOTI ISGRÒ

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 3.» , comma 2, lettera d), aggiungere in fine le seguenti parole: «gestendo in autogoverno le risorse economiche stanziare dal consiglio direttivo territoriale dell'Ordine per le sue competenze;».

3.211

SCILIPOTI ISGRÒ

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 3.», comma 2, dopo la lettera e), aggiungere le seguenti:

«f) designare i rappresentanti della relativa professione presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;

g) interpersi, se richiesto, nelle controversie relative alla specifica professione, fra sanitari o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti l'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse;

h) fermo restando quanto previsto al comma 1, lettera d), spetta alle due commissioni di albo promuovere ed attuare la formazione continua dei propri iscritti e vigilare sulla stessa».

3.212

D'AMBROSIO LETTIERI

Ritirato

Al comma 1, Capo 1, capoverso «Art. 3.», comma 1 dopo la lettera g) aggiungere la seguente:

«g-bis) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare la professione».

Conseguentemente, al comma 1, Capo 1, capoverso «Art. 3.», comma 2 sopprimere la lettera e).

3.213

SCILIPOTI ISGRÒ

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 3.», dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Le Commissioni di albo eleggono alloro interno con le modalità individuate dal successivo regolamento di attuazione, il Presidente, il Vice Presidente e il Segretario».

3.214

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 4.», il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. I consigli direttivi e le commissioni d'albo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente o qualora si configurino gravi violazioni della normativa vigente».

Conseguentemente, nella rubrica del medesimo capoverso, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e delle commissioni di albo».

3.215

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 4.», il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute, sentite le rispettive Federazioni nazionali. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di tre componenti iscritti agli albi professionali della categoria. Alla commissione competono tutte le attribuzioni del Consiglio o della commissione disciolti».

3.216

FUCKSIA

Inammissibile

Al comma 1, dopo il capoverso «Art. 7.», inserire il seguente:

«Art. 7-bis.

(Delega al Governo per la regolamentazione delle professioni di osteopata, agopuntore e chiropratico)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro diciotto mesi dalla entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per:

a) l'identificazione di un percorso formativo certificato quinquennale abilitante per le professioni di osteopata, agopuntore e chiropratico, e definizione delle loro competenze, prevedendo la possibilità un credito formativo triennale per chi ha già conseguito la laurea non specialistica in fisioterapia;

b) la costituzione di un albo professionale con-iscrizione allo stesso solo dopo superamento di un esame obbligatorio abilitante per titoli e merito effettuato presso l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari (AGeNaS) in qualità di organo di controllo.

2. Quanti, alla data di entrata in vigore della presente legge, esercitano l'attività di osteopata, agopuntore e chiropratico devono, ai fini dell'iscrizione all'albo e, conseguentemente, all'esercizio di queste professioni, sostenere l'esame di abilitazione di cui al precedente comma lettera b)».

3.217

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 8.», il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. La commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri si compone di nove membri eletti dai presidenti delle commissioni di albo territoriali contestualmente e con le stesse modalità e procedure di cui ai commi 7, 8 e 9. I primi eletti entrano a far parte del Comitato centrale della Federazione nazionale a norma dell'articolo 6, commi 2 e 3, della legge 24 luglio 1985, n. 409. La commissione di albo per la professione medica è costituita dalla componente medica del comitato centrale. Con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione delle commissioni di albo all'interno della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché la composizione delle commissioni di albo all'interno della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche».

3.218

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 8.», comma 4, aggiungere alla fine del primo periodo le seguenti parole: «e nei confronti dei componenti delle commissioni di albo territoriali».

3.219

D'AMBROSIO LETTIERI, MANDELLI, Luciano ROSSI (*)

Approvato

Al comma 1, Capo III, capoverso «Art. 8.», comma 7, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «I comitati centrali durano in carica quattro anni».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

3.220

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Ritirato

Al comma 1, capoverso «Art. 8.» sostituire il comma 8 con il seguente:

«8. Ciascun presidente dispone di un voto ogni duemila iscritti all'albo provinciale, dura in carica quattro anni e per non più di due mandati consecutivi. Gli albi provinciali con meno di duemila iscritti esprimono comunque un voto».

3.221

MANDELLI, D'AMBROSIO LETTIERI, RIZZOTTI, MARINELLO (*), Luciano ROSSI (*)

Assorbito dall'approvazione dell'em. 3.219

Al comma 1, capoverso «Art. 8.» dopo il comma 9 aggiungere il seguente:

«9-bis. I componenti del Comitato Centrale durano in carica quattro anni».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

3.222

SCILIPOTI ISGRÒ

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 8.», comma 15, dopo la lettera b) aggiungere le seguenti:

«b-bis) assumere nel rispetto dell'integrità funzionale dell'ordine la rappresentanza esponenziale a livello nazionale della professione gestendo in autogoverno le risorse economiche stanziare dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale per le sue competenze;

b-ter) esercitare per il relativo albo le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie come individuate dallo statuto;

b-quater) designare a livello nazionale, per la specifica professione, i rappresentanti della Federazione presso Commissioni, enti ed organizzazioni di carattere nazionale;

b-quinquies) dare direttive di massima alle Commissioni di albo provinciali per la soluzione delle controversie relative alla specifica professione, fra sanitari o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sa-

nitario abbia prestato o presti la propria opera professionale per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti l'esercizio professionale».

3.223

SCILIPOTI ISGRÒ

Respinto

Al comma 1, capoverso «Art. 8.», dopo il comma 15, aggiungere il seguente:

«15-bis. La Commissione di albo di ciascuna Federazione elegge al suo interno il Presidente, il Vice Presidente e il Segretario. Il Presidente convoca l'assemblea dei Presidenti delle Commissioni di Albo provinciali con le modalità che saranno indicate nel Regolamento di attuazione».

3.224

LA RELATRICE

Approvato

Al comma 1, capoverso «Art. 8.», comma 19, aggiungere alla fine del primo periodo le seguenti parole: «o qualora si configurino gravi violazioni della normativa vigente».

3.225

SPILABOTTE

Ritirato

Al comma 9, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:

«c-bis) Nel caso in cui il numero degli iscritti, ad uno o più albi delle professioni ivi comprese superi i 40.000 iscritti, in fase di prima costituzione degli Ordini di cui al comma 9 lettera c), con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri viene istituito, entro 30 giorni, il relativo ordine proprio con la denominazione corrispondente, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

3.226

CARDIELLO

Ritirato

Al comma 9, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«*c-bis*) Nel caso in cui il numero degli iscritti, ad uno o più albi delle professioni ivi comprese, superi i 20.000 iscritti, in fase di prima costituzione degli Ordini di cui alla precedente lettera, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri si istituisce entro 30 giorni il relativo ordine proprio con la denominazione corrispondente, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e senza oneri per la finanza pubblica».

3.227

D'AMBROSIO LETTIERI

Ritirato e trasformato nell'odg G3.227

Dopo il comma 9 aggiungere il seguente:

«*9-bis*. Nel caso in cui il numero degli iscritti, ad uno o più albi delle professioni sanitarie, sia uguale o superiore a 40.000, con decreto del Ministro della Salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si istituisce il relativo ordine proprio con la denominazione corrispondente, nel rispetto dei principi stabiliti dalla legge e senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica».

G3.227 (già em. 3.227)

D'AMBROSIO LETTIERI, SPILABOTTE, CARDIELLO (*)

Non posto in votazione ()**

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»,

premesso che:

l'articolo 3 interviene con una riforma organica degli ordini e collegi delle professioni sanitarie, con un intervento diretto di riordino per il riassetto della normativa vigente risalente alla legge istitutiva degli ordini di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, in maniera da rendere il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne funzionalità anche nell'interesse dei cittadini utenti;

l'obiettivo dichiarato dell'intervento legislativo è, quindi, un ammodernamento della disciplina ordinistica delle professioni sanitarie, anche in recepimento dei principi contenuti nella direttiva europea 2005/36/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, che evidenzia la necessità di previsione di un sistema di allerta per comportamenti non coerenti con la deontologia professionale. Le professioni sanitarie, quindi, per specificità del loro intervento e per i delicati effetti sulla qualità e sicurezza delle cure ai cittadini, richiedono il mantenimento del ruolo di garanzia della qualità del livello di professionalità in rispetto del diritto costituzionale della tutela della salute;

preso atto che si rende necessaria la finalità di promozione dell'indipendenza, autonomia e responsabilità dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale delle professioni, la salvaguardia dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei codici deontologici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva,

impegna il Governo ad adottare specifiche misure al fine di istituire nuovi ordini professionali per quelle professioni sanitarie che superano i 20.000 iscritti agli albi, nel rispetto dei principi stabiliti dalla legge.

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta i senatori Cervellini, Rizzotti, Zizza

(**) Accolto dal Governo

3.228

SILVESTRO, BENCINI (*), ZIZZA (*)

Respinto

Dopo il comma 12 aggiungere il seguente:

«12-bis. Il titolo connotante la professione degli iscritti agli albi di cui al comma 9, letto a), è loro riservato e non può essere adoperato, anche con le sue aggettivazioni ovvero altri predicati, per designare prestazioni ovvero qualifiche di soggetti non iscritti ai relativi albi e ordini».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

3.229

Maurizio ROMANI, BENCINI, SIMEONI

Respinto

Al comma 13, dopo le parole: «equipollenti o equivalenti alla laurea abilitante», aggiungere le seguenti: «anche conseguiti all'estero».

3.230

FALANGA

Improponibile

Dopo il comma 14, aggiungere infine il seguente:

«14-bis. All'articolo 8, comma 4-ter della legge 7 agosto 2012, n.135, di conversione del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le parole: "a decorrere dal 10 gennaio 2012", sono sostituite dalle seguenti: "a decorrere dalla data di adozione e del nuovo regolamento e statuto dell'Ente"».

3.231

DI BIAGIO, AIELLO

Improponibile

Dopo il comma 14, aggiungere infine il seguente:

«14-bis. All'articolo 8, comma 4-ter della legge 7 agosto 2012, n. 135, di conversione del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le parole: "a decorrere dal 10 gennaio 2012", sono sostituite dalle seguenti: "a decorrere dalla data di adozione e del nuovo regolamento e statuto dell'Ente"».

3.232

BARANI

Improponibile

Dopo il comma 14, aggiungere infine il seguente:

«14-bis. All'articolo 8, comma 4-ter della legge 7 agosto 2012, n. 135, di conversione del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le parole: "a decorrere dal 10 gennaio 2012" sono sostituite dalle seguenti: "a decorrere dalla data di adozione e del nuovo regolamento e statuto dell'Ente"».

3.233

LIUZZI

Improponibile

All'articolo 3, dopo il comma 14, aggiungere infine il seguente:

«14-bis. All'articolo 8, comma 4-ter della legge 7 agosto 2012, n. 135, di conversione del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le parole: "a decorrere dal 10 gennaio 2012", sono sostituite dalle seguenti: "a decorrere dalla data di adozione e del nuovo regolamento e statuto dell'Ente"».

G3.100

SILVESTRO, IDEM

V. testo 2

Il Senato,

in sede di esame dell'A.S. 1324 recante norme in materia sanitaria,
premessi che:

l'articolo 5, comma 1 della legge 10 febbraio 2006, n. 43, prevede che «l'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nozionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute»,

impegna il Governo ad attivarsi, successivamente all'entrata in vigore della presente legge, con cadenza periodica quinquennale, al fine di individuare e rendere noto l'eventuale riconoscimento di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, secondo le disposizioni di cui all'articolo 5, comma 1, della legge 10 febbraio 2006, n. 43.

G3.100 (testo 2)

SILVESTRO, IDEM, Elena FERRARA (*)

Non posto in votazione ()**

Il Senato,

in sede di esame dell'A.S. 1324 recante norme in materia sanitaria,
premessi che:

l'articolo 5, comma 1 della legge 10 febbraio 2006, n. 43, prevede che «l'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nozionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute»,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di attivarsi, successivamente all'entrata in vigore della presente legge, con cadenza periodica quinquennale, al fine di individuare e rendere noto l'eventuale riconosci-

mento di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, secondo le disposizioni di cui all'articolo 5, comma 1, della legge 10 febbraio 2006, n. 43.

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

(**) Accolto dal Governo

G3.101

DALLA ZUANNA, MATTESINI, MATURANI, GRANAIOLA, PAGLIARI

V. testo 2

Il Senato,

in sede di esame dell'A.S. 1324 recante norme in materia sanitaria,

premesso che:

l'Assistente Sociale è perno del sistema di *welfare* italiano, punto di raccordo fra le diverse professionalità che si occupano delle mille articolazioni del servizio socio-sanitario;

nel corso degli anni, all'Assistente Sociale viene richiesta una professionalità sempre più approfondita e multidisciplinare, dove le conoscenze di tipo socio-sanitario debbono intrecciarsi con quelle giuridiche, psicologiche e organizzative;

tutto ciò richiede un aggiornamento del percorso di formazione universitaria,

impegna il Governo ad affrontare urgentemente il tema della formazione universitaria degli Assistenti Sociali, fissando un percorso di interlocuzione fra i ministeri interessati, che veda anche il coinvolgimento dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali, al fine di giungere rapidamente alle opportune modifiche normative.

G3.101 (testo 2)

DALLA ZUANNA, MATTESINI, MATURANI, GRANAIOLA, PAGLIARI

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

in sede di esame dell'A.S. 1324 recante norme in materia sanitaria,

premesso che:

l'Assistente Sociale è perno del sistema di *welfare* italiano, punto di raccordo fra le diverse professionalità che si occupano delle mille articolazioni del servizio socio-sanitario;

nel corso degli anni, all'Assistente Sociale viene richiesta una professionalità sempre più approfondita e multidisciplinare, dove le conoscenze di tipo socio-sanitario debbono intrecciarsi con quelle giuridiche, psicologiche e organizzative;

tutto ciò richiede un aggiornamento del percorso di formazione universitaria,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di affrontare il tema della formazione universitaria degli Assistenti Sociali, fissando un percorso di interlocuzione fra i ministeri interessati, che veda anche il coinvolgimento dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali, al fine di giungere rapidamente alle opportune modifiche normative.

(*) Accolto dal Governo

G3.102

MATURANI

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

premesso che:

l'ingegneria clinica è una branca dell'ingegneria biomedica che utilizza le applicazioni dei concetti e delle tecnologie proprie dell'ingegneria per migliorare la qualità del servizio sanitario, soprattutto per quanto concerne la sua organizzazione e la acquisizione e gestione di apparecchiature;

l'ingegnere clinico all'interno delle organizzazioni sanitarie rappresenta così un interlocutore tra i bisogni di tecnologia per migliorare il processo di cura e assistenziale che proviene dal mondo medico e l'offerta industriale, che viene orientata e perfezionata in modo coerente alla richiesta;

all'interno di ogni struttura sanitaria, la presenza di ingegneri clinici e di un Servizio di Ingegneria Clinica (SIC), contribuisce ad innalzare il livello di sicurezza e ridurre il rischio clinico dell'intera organizzazione sanitaria, adottando metodologie ingegneristiche tipiche della gestione di processi complessi e caratterizzate da un approccio pro attivo e reattivo strutturato;

le competenze di un ingegnere clinico infatti riguardano l'intero ciclo di vita di una apparecchiatura all'interno di una struttura sanitaria, dalla valutazione della necessità, alla corretta introduzione ed integrazione con i sistemi già presenti, alla gestione durante l'utilizzo, fino alla dismissione;

competenza e metodologia ingegneristica contribuiscono, di fatto, a migliorare l'attuazione delle prescrizioni legislative in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, garantendo maggiore sicurezza e tutela dei pazienti e

degli operatori sanitari nell'ottica delle finalità di tutela e salvaguardia del cittadino,

premesso inoltre che:

la figura dell'ingegnere clinico è riconosciuta e promossa dalle Raccomandazioni ministeriali e dalle Direttive europee, in particolare dalla la Raccomandazione Ministeriale n. 9/2009 prevede l'istituzione di una funzione aziendale specificatamente preposta al governo del patrimonio tecnologico biomedico, per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici e agli apparecchi elettromedicali, individuando tale funzione nei servizi di Ingegneria Clinica e dalla Norma, IEC 80001 *Application of Risk Management for IT networks incorporating medical devices*, recepita nel 2012 dal Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI), che introduce la responsabilizzazione delle strutture sanitarie nella gestione delle reti IT, sulle quali sono incorporati i dispositivi medici;

l'articolo 134 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), prevede che, al fine di promuovere iniziative a favore della sicurezza delle cure e attuare le pratiche di monitoraggio e controllo dei contenziosi in materia di responsabilità professionale le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possano prevedere, all'interno delle strutture sanitarie e nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente funzioni per la gestione del *risk management* che includano, laddove presenti, competenze di medicina legale, medicina del lavoro, ingegneria clinica e farmacia, secondo quanto suggerito anche dalla Raccomandazione n. 9 del 2009 del Ministero della salute avente per oggetto «Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici apparecchiature elettromedicali»,

impegna il Governo a valutare l'opportunità di riconoscere l'ingegneria clinica quale professione sanitaria.

(*) Accolto dal Governo

G3.103

D'ALÌ, RIZZOTTI

Non posto in votazione (*)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale»,

premesso che:

nell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione afferiranno una sola professione sanitaria ordinata in Collegi e albi (TSRM) ed almeno 17 professioni sanitarie prive sia dei primi (Collegi) che dei secondi (albi) oltre che una professione sanitaria con solo albo (Assistenti sanitari provenienti dai Collegi IPASVI);

considerato che:

appare evidente che la sola norma primaria non potrà essere sufficiente a far sì che le professioni oggi prive di Collegio e/o albo che confluiranno nel nuovo Ordine siano immediatamente operative e, conseguentemente, equiparate ai TSRM;

affinché quanto sopra si realizzi secondo quanto disposto dalla norma, ognuna delle medesime dovrà adempiere a:

1. identificare i professionisti da iscrivere all'albo (censimento);
2. verificare i titoli abilitanti dei soggetti di cui al punto precedente;
3. predisporre il sistema di riscossione delle quote (per assicurare ai subentranti di poter sostenere e partecipare sia alle proprie spese che a quelle in comune);
4. formalizzare l'unicità della rappresentatività professionale (a differenza dei TTSSRM, attualmente le altre professioni hanno una o più Associazioni maggiormente rappresentative riconosciute con decreto ministeriale);

le suddette attività richiederanno risorse umane, economiche, logistiche, strumentali, procedurali e temporali (il decreto ministeriale di costituzione degli albi sarà solo la premessa formale alla loro concreta realizzazione),

impegna il Governo:

a prevedere che, in attesa della reale istituzione degli albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione formalmente istituiti con Decreto del Ministero della Salute di cui all'articolo 3, comma 13, del disegno di legge n. 1324-A, e pertanto degli adempimenti di cui sopra in carico alle professioni non ancora ordinate, l'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e l'albo dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica possano da subito esercitare le funzioni e le competenze a essi attribuite dalla norma, al pari degli altri Ordini di cui al comma 9 del medesimo articolo;

a prevedere, altresì, che nelle more della realizzazione di quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute di cui all'articolo 3, Capo I, articolo 2, comma 2, lettera a), del disegno di legge n. 1324-A,

restino in carica, anche a livello nazionale, gli Organi in essere alla data dell'entrata in vigore della legge.

(*) Accolto dal Governo

Allegato B

Pareri espressi dalla 1ª e dalla 5ª Commissione permanente sul testo del disegno di legge n. 1324 e connessi e sui relativi emendamenti

La 1ª Commissione, esaminato il testo proposto all'Assemblea dalla Commissione di merito per il disegno di legge in titolo, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

Esaminati altresì i relativi emendamenti, esprime, per quanto di competenza, i seguenti pareri:

sull'emendamento 3.0.202 parere non ostativo, segnalando che, al comma 2, secondo periodo, la norma ivi prevista, nell'attribuire alla potestà legislativa regionale la definizione dell'ordinamento didattico della formazione, universitaria dell'osteopata, è suscettibile di ledere la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di università;

sui restanti emendamenti parere non ostativo.

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminato il disegno di legge in titolo e i relativi emendamenti, trasmessi dall'Assemblea, per quanto di propria competenza, esprime, in relazione al testo, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sull'articolo 10, commi 3 e 4.

Esprime, altresì, parere di semplice contrarietà sull'articolo 3, capoverso «Art. 8», comma 3, e sull'articolo 6.

Il parere è non ostativo sulla restante parte del testo.

In relazione agli emendamenti, esprime parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 1.202, 2.202, 7.200, 8.0.200, 10.201, 12.0.201, 2.201, 3.230, 3.231, 3.232, 3.233, 4.0.200, 4.0.201, 4.0.202, 11.0.200, 12.201, 12.0.200, 3.216, 3.0.200, 3.0.201, 3.0.202 e 3.0.203.

Il parere è di semplice contrarietà sugli emendamenti 3.210, 3.211, 3.213, 3.217, 3.222, 3.225, 3.226 e 3.227.

Il parere è non ostativo sui restanti emendamenti.

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli ulteriori emendamenti 4.0.200 (testo corretto) e 10.500, relativi al disegno di legge in titolo, trasmessi dall'Assemblea, esprime, per quanto di propria competenza, parere di nulla osta sull'emendamento 10.500.

Il parere di nulla osta sull'emendamento 4.0.200 (testo corretto) è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, all'inserimento, al capoverso «Art. 4-*bis*», dopo il comma 8, del seguente: «8-*bis*. Dall'attuazione del comma 5 non devono derivare nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato».

Testo integrale dell'intervento della senatrice Granaiola nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi

Questo disegno di legge contiene tematiche complesse e diversificate, che abbiamo esaminato in Commissione sanità in modo analitico, approfondito anche attraverso un percorso partecipato con l'audizione di soggetti molti interessati, che ci ha portato alla formulazione di disposizioni molto attese come il riordino delle professioni, sulle quali non entrerò perché ci sono colleghi che lo hanno fatto e lo faranno meglio di me, o di principi come l'individuazione delle modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione chimica e l'assenza di conflitti di interesse e l'indipendenza dello sperimentatore o l'aver previsto all'articolo 6 l'aggravante per i reati contro le persone presso strutture sanitarie o sociosanitarie.

Mi soffermerò invece sulle questioni attinenti la medicina di genere.

Per lungo tempo, la differenza tra uomini e donne è stata ignorata o considerata un fattore secondario nello sviluppo di nuove soluzioni farmacologiche e nell'individuazione di trattamenti e forme di prevenzione dalle patologie. Lo dimostra, tra l'altro la minor presenza di donne nei *trial*, il cui esito è quello di terapie che non sempre e non pienamente sono adeguate alle peculiarità del corpo femminile.

Il pregiudizio secondo cui il corpo della donna è uguale a quello dell'uomo ha pervaso la medicina ed è duro a morire, ancora oggi tale pregiudizio inficia gran parte della ricerca medica e farmaceutica.

I risultati ottenuti nell'uomo vengono acriticamente trasposti nella donna, secondo un errore metodologico grave che ha portato, non dobbiamo dimenticarlo, a due grandi tragedie: quella del talidomide, che ha avuto, come esito la nascita di bambini focomelici, questione ancora in discussione in Parlamento in attesa di una soluzione giusta e dignitosa, che ci auguriamo arrivi presto, e quella del dietilstilbestrolo, un estrogeno che veniva somministrato durante la gravidanza e che poteva causare complicanze e neoplasie nelle bambine.

Adottare in campo sanitario e farmaceutico una prospettiva di genere vuol dire ridisegnare i trattamenti, includere espliciti obiettivi di genere, attraverso programmi di prevenzione, formazione del personale medico, parità di accesso ai servizi sanitari, significa cambiare le basi della ricerca e la sperimentazione clinica prevedendo che ad essa partecipino con un'adeguata presenza sia donne che uomini.

L'evoluzione della ricerca e della formazione medica in questo campo è molto recente e piuttosto lenta, per questa ragione è particolarmente importante che la 12ª Commissione abbia integrato il disegno di legge originario prevedendo uno specifico riferimento alla medicina di genere nella delega al Governo per il riassetto e la riforma in materia di sperimentazione clinica.

L'articolo 1 come modificato dalla Commissione, infatti, nel delineare i principi e i criteri direttivi della delega precisa, alla lettera c),

che l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I, sia su pazienti che su volontari sani, sia da condurre con un approccio metodologico di medicina di genere.

È ormai diffusa la convinzione che sia necessario un approfondimento scientifico del fatto che donne e uomini presentano, nell'arco della loro esistenza, patologie differenti o differenti sintomi di una stessa patologia.

La conoscenza delle differenze di genere favorisce, infatti, una maggiore appropriatezza della terapia ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi.

Nonostante esistano significative differenze che influenzano diversamente il metabolismo dei farmaci nelle donne, rispetto agli uomini, una buona parte delle molecole, come ad esempio alcuni psicofarmaci, non è stata sperimentata sulla popolazione femminile.

La differenza di genere influenza anche la risposta alle vaccinazioni. Sulle donne i vaccini funzionano meglio, dal momento che sembrano garantire una migliore risposta immunitaria dopo la somministrazione, tanto da suggerire la possibilità di usare dosi minori di vaccino nel sesso femminile.

Nei meccanismi d'azione dei farmaci, la ricerca ha individuato delle differenze tra uomini e donne, a seconda delle diverse patologie anche i medicinali più comuni, in base a recenti studi scientifici, possono avere degli effetti diversi su donne e uomini.

Il dolore cronico colpisce le donne in maniera maggiore e spesso del tutto differente rispetto agli uomini. In Italia, secondo uno studio epidemiologico il dolore cronico interessa il 26 per cento della popolazione, di cui il 56 per cento è presentato da donne. Tra uomini e donne cambia sia la frequenza, sia l'intensità, sia il tipo di dolore.

La sensibilità delle donne riguardo al diritto di essere curate in modo specifico comincia a farsi sentire, le donne per sfuggire alla negazione della propria specificità in campo sanitario si affidano maggiormente alle cure cosiddette «alternative» o ricorrono troppo spesso all'automedicazione, c'è sfiducia da parte delle donne e il Servizio sanitario nazionale non può far finta di non vedere questo problema.

Da qui il forte bisogno di formazione specifica dei medici sulle tematiche di genere, in tale contesto il primo passo deve essere quello di formare i formatori. È necessario introdurre un'educazione di genere nei *curricula* universitari. Non è possibile che i nostri medici, a differenza di quelli nordeuropei, si laureino senza conoscere le tematiche di genere: queste devono essere inserite nei programmi di studio delle facoltà di medicina.

La differenza con la quale i due generi vengono interpretati e trattati nella cura e prevenzione di determinate patologie è uno degli aspetti intorno ai quali si stanno raccogliendo esperienze, buone pratiche e vasta letteratura.

Questa legge prende atto di queste novità e con l'articolo 2, imprime un'accelerazione nel campo delicatissimo del dolore connesso al parto, un campo storicamente carico di significati simbolici: senso al «partorirai con dolore».

L'articolo 2 prevede, infatti, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza riguardo alle prestazioni di controllo del dolore nel parto inserendo le prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, anche ma non solo, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti. La 12^a Commissione ha precisato che l'aggiornamento dei LEA deve tenere conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Il provvedimento al nostro esame segna, dunque, un primo importante passo avanti nell'affermazione dei diritti delle donne, nell'affermazione della differenza femminile come valore anche nel campo fondamentale della prevenzione, della malattia e della cura.

La diffusione dell'analgesia porterà inoltre sicuramente ad una contrazione dei parti cesarei, riportandolo su valori medi nazionali, inoltre la maggiore diffusione delle tecniche avanzate di anestesia comporterà la diminuzione dei tempi di degenza delle partorienti e dei neonati.

La medicina di genere è, infatti, un pilastro nella costruzione di sistemi sanitari innovativi e fondati sull'idea di appropriatezza delle cure.

L'obiettivo è quello di fare del nostro Sistema sanitario nazionale un luogo nel quale è garantita a ogni individuo, femmina o maschio, l'appropriatezza terapeutica.

La salute delle donne è il paradigma dello stato di salute di un'intera popolazione e rappresenta la cartina di tornasole delle pari opportunità in un settore rilevante, anche da un punto di vista costituzionale, qual è quello della salute.

Testo integrale dell'intervento della senatrice Padua nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi

Gentili colleghe e colleghi, innanzitutto vorrei esprimere un sincero ringraziamento alla relatrice per l'ottimo e paziente lavoro svolto in Commissione in tanti mesi di ascolto dei numerosi professionisti e associazioni del settore sanitario.

Era assolutamente necessario dare ordine, trasparenza, sicurezza sia agli operatori che ai pazienti, soprattutto dopo l'introduzione, negli ultimi 20 anni circa, delle innovative professioni sanitarie. C'era, inoltre, assoluta necessità di un riordino complessivo della disciplina degli ordini professionali.

C'era bisogno inoltre, proprio per il rispetto che si deve alle persone che hanno necessità di cure, che ci fosse un aumento delle pene per coloro che esercitano abusivamente la professione: serve rassicurare i pazienti ma anche i tanti, tantissimi professionisti che ogni giorno svolgono con dedizione e abnegazione il proprio lavoro, facendo in modo che la nostra sanità, e lo possiamo dire con orgoglio, possa ancora essere tra le migliori al mondo. Per questo la previsione di pene che possono essere aumentate da un terzo fino alla metà di quanto previsto dall'articolo 348 del codice penale, in materia di esercizio abusivo.

Altro importante segnale di grande attenzione alle persone più fragili, con la modifica dell'articolo 61 del codice penale in materia di circostanze aggravanti, è quello di punire più severamente coloro che commettono reati a danno di persone che sono ricoverate presso strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali. Pensiamo a quante volte ci affliggiamo e ci rattristiamo grandemente per notizie di cronaca che riguardano ragazzi-ragazze disabili ed anziani ricoverati in case di riposo.

Una delle più significative innovazioni introdotte in Commissione durante l'esame del disegno di legge, su cui vorrei soffermare la mia attenzione, è il riferimento esplicito, all'articolo 1, alla medicina di genere. La garanzia di un approccio metodologico in materia di sperimentazione clinica fondato sulla medicina di genere rappresenta un passo fondamentale compiuto nell'universo sanitario e volto a organizzare approcci terapeutici differenziati che sappiano tener conto delle differenze biologiche e socio-culturali, tra uomini e donne.

In tale modo sarà possibile orientare percorsi specifici per le donne, anche in relazione al settore della ricerca medica. La pubblicazione del Quaderno del Ministero della salute del 22 aprile scorso si inserisce proprio nell'ottica di sviluppare un contesto di riferimento appropriato e volto a dare il rilievo che merita alla dimensione di genere.

Le differenze biologiche e socio-culturali tra gli uomini e le donne influenzano l'incidenza delle malattie, la presentazione clinica e gli effetti delle terapie, rappresentando un punto di rilievo interessante. Dunque, la prospettiva di genere, come già evidenziato negli anni '90 dalla IV Conferenza mondiale sulle donne, è da includere all'interno di una scelta po-

litica, soprattutto riguardo alla salute fisica e mentale, dato che la ricerca in campo medico è stata fondata prevalentemente sugli uomini.

Il genere, in relazione alle più recenti politiche sanitarie europee, è stato ritenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità, come un elemento essenziale per la promozione della salute, nella direzione dello sviluppo di approcci terapeutici differenziati e specifici per donne e uomini. In tale contesto generale, riuscire a definire bisogni sanitari mirati per le donne, garantendo risposte specifiche, è questione che riguarda l'intera comunità.

Vorrei riflettere, ancora, su un altro aspetto che ritengo essere di estrema rilevanza e che concerne la salute mentale delle donne.

L'equilibrio psichico della donna sente gli effetti della sua complessa fisiologia, in special modo durante alcuni momenti della vita, come ad esempio nel post-parto o nella menopausa. Dati scientifici dimostrano come circa l'8 per cento circa delle donne soffra di disturbi legati alla depressione nel corso della vita, con una percentuale che è quasi doppia rispetto a quella degli uomini.

Si tratta, in sostanza, di malattie che si associano a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti sociali e familiari e che – tra le molte e rilevanti difficoltà di cui sono causa – portano anche indifferenza, emarginazione, esclusione sociale.

In più, ancora, le donne sono più a rischio degli uomini (circa il doppio) di ammalarsi di patologie neurodegenerative come la demenza di Alzheimer, tanto che a 65 anni vi è una incidenza del 17 per cento, rispetto al 9 per cento nei maschi, che aumenta ancora negli anni seguenti.

Un gruppo di patologie emergente e severo, poi, è costituito dai disturbi del comportamento alimentare, *in primis*, anoressia e bulimia. L'età media di esordio è già molto bassa, 17 anni, e tende ad abbassarsi sempre più, con conseguente aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso. L'incidenza dell'anoressia nervosa, in particolare, è tra lo 0,2 e lo 0,8 per cento nelle giovani tra 12 e 15 anni, e va considerato insieme ai disturbi non specificati che incidono quasi fino al 7 per cento, mentre la bulimia nervosa interessa su per giù il 3 per cento delle ragazze. Sono numeri allarmanti, di cui non si può non tener conto.

Ancora, la speranza di vita alla nascita delle donne, attualmente, è di oltre 84 anni, 4,6 anni più dei maschi ma il dato che riguarda gli anni di vita senza limitazioni severe nelle attività quotidiane fa riflettere: 74,8 nelle donne; 79,7 negli uomini. Le malattie croniche sono la causa di questa situazione. Con l'incedere dell'età si passa da un 40 per cento di donne che a 65 anni è affetta da malattie croniche gravi a circa il 55 per cento a 75 anni e, soprattutto, oltre il 60 di chi ha più di 75 anni, con una condizione di multicronicità.

Per ultimo, certamente non in ordine d'importanza, vorrei richiamare l'articolo 2 del disegno di legge. Tante volte abbiamo avuto modo di constatare come la nostra sanità non abbia dato risposte adeguate ed omogenee in tutto il territorio nazionale: lo stesso accade per il controllo del do-

lore nella fase travaglio-parto effettuato tramite ricorso a tecniche di anestesia loco-regionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti.

Infatti, ad oggi, solo in alcune Asl del nostro Paese questo è possibile. Con l'approvazione della norma e il prossimo aggiornamento dei Lea queste prestazioni saranno nella disponibilità di tutte le donne, a prescindere dal luogo di residenza. Concludo, affermando che possiamo salutare questa previsione come un successo concreto del lavoro del Parlamento e del Governo.

Testo integrale dell'intervento del senatore Floris nella discussione generale del disegno di legge n. 1324 e connessi

Il disegno di legge 1324 – che, come già detto, prevede una delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia dei medicinali per uso umano, la riforma degli ordini professionali come enti di diritto pubblico, il riconoscimento di professioni sanitarie come quelle del biologo e dello psicologo, nonché percorsi disciplinati per le attività di osteopata e chiropratico – sebbene preveda delle nuove disposizioni frutto di un lavoro intenso e trasversale della Commissione Sanità, è in realtà una «cura» datata. Rammento infatti a quest'Aula che la 1324 è un'iniziativa del precedente Governo Letta, all'interno del quale Beatrice Lorenzin era già a capo del Ministero della Salute.

Spiace evidenziare che la Sanità, da sempre terreno di scontro per competenza tra Regioni e Stato, stia diventando invece una materia di pertinenza del Governo: attraverso le leggi delega lo stesso si arroga lo strapotere «malato» di legiferare limitando sempre più quello che dovrebbe essere nostro compito in Parlamento.

E questa è solo la punta dell'*iceberg* di un Governo che abusa di decreti-legge e di decreti delegati. Non dimentichiamoci lo sterminato numero che l'Esecutivo Renzi ha richiesto finora. Sono 698 le deleghe, di cui 214 ancora in attesa di attuazione, che si vanno a sommare alle 158 richieste di fiducia.

Da medico e membro della Commissione sanità non posso né voglio esimermi da un ragionamento: la sostenibilità del sistema sanitario e l'accesso dei cittadini alle cure sono a serio rischio perché i tagli previsti dalla legge di stabilità nei confronti delle Regioni ricadranno inesorabilmente per il 70 per cento proprio a discapito della spesa sanitaria.

Esprimo, comunque, soddisfazione per la saggezza della Commissione sanità che ha provveduto a proporre lo stralcio di sedici articoli del disegno di legge iniziale, migliorando il testo proposto all'esame del Senato che sembrava una vera e propria legge *omnibus*.

Devo riconoscere che il confronto è stato ampio e anche il contributo delle opposizioni è stato valutato favorevolmente dalla Commissione di merito. Abbiamo svolto un lavoro congiunto e trasversale, consci che la salute, sopra ogni altro tema, è un argomento di tutti, maggioranza ed opposizioni.

Sottolineo con soddisfazione che sono diversi gli emendamenti, presentati dai senatori del mio Gruppo, entrati a fare parte del testo ora al nostro esame.

Detto questo, entro nel vivo del disegno di legge n. 1324 che prevede una delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano.

Tra i principi che dovranno ispirare i decreti delegati, ricordo che vi sono la revisione delle procedure di valutazione, l'autorizzazione di sperimentazione, la semplificazione degli adempimenti formali e una serie di

innovazioni di tipo pratico che dovrebbero portare a migliorare le procedure in questo campo.

Va ricordato, altresì, che il 16 giugno 2014 è entrato in vigore il regolamento UE n. 536 del 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, che abroga la direttiva 2001/20/CE con effetto dal 28 maggio 2016. Le modifiche introdotte al testo in Commissione evidenziano, appunto, che i decreti legislativi in materia dovranno coordinare la disciplina vigente con il regolamento europeo citato. Questo ci dice che anche la Camera dovrà concludere l'esame in tempi brevi e, soprattutto, che la delega dovrà essere esercitata al più presto per potere modificare la disciplina nazionale ancora vigente (decreto legislativo n. 211 del 2003) che recepiva la precedente direttiva.

Per quanto riguarda la riforma degli ordini professionali va detto che, pur nella positività di un impianto che supera quello esistente, ormai considerato da più parti obsoleto – o perlomeno inadeguato ai tempi di oggi dopo settant'anni – rimangono alcune perplessità. Ad esempio, vediamo che gli ordini professionali continuano ad essere organizzati su base provinciale (ma sappiamo che le province sono state prima ridefinite dalla riforma Delrio e poi abolite dalla riforma costituzionale), mentre il sistema sanitario è organizzato e gestito su base regionale.

Ci auguriamo che non avvenga un qualcosa di simile a quello che ha approvato proprio ieri l'Aula del Senato, che ha deciso l'abolizione delle Province in Friuli Venezia Giulia, dove però il territorio verrà suddiviso in 17 «mini-province», perché questo sono di fatto le Unioni dei comuni che prenderanno il posto delle quattro province abolite.

Anche il riconoscimento di professioni sanitarie come quelle del biologo e dello psicologo può andare incontro alle nuove esigenze dei consumatori e dei pazienti. Perfino il trasferimento di alcune competenze dei due ordini dal Ministero della giustizia a quello della sanità sembra essere una disposizione da condividere. Ma certamente il fatto che si sia giunti alla nuova disciplina segna comunque un passo in avanti, cui si può porre ulteriormente mano laddove l'applicazione delle nuove norme lo richiedesse.

Gli ordini professionali diventano enti di diritto pubblico non economico con funzioni sussidiarie dello Stato. Essi non comportano oneri per il bilancio dello Stato e hanno modalità di rappresentanza e di elezione assolutamente democratici e cristallini.

A ulteriore tutela dei cittadini, specie in un campo sensibile come quello sanitario stanno la revisione delle modalità di svolgimento degli esami di abilitazione e il percorso di formazione continua, cui i professionisti saranno sottoposti. Questo sarà a presidio e garanzia dei pazienti contro i possibili illeciti. In tal senso, viene modificato il sistema delle sanzioni, penali ed accessorie, in caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria.

Certamente tra chi chiedeva di sopprimere gli ordini professionali, inclusi quelli medici – soprattutto nelle passate legislature – e chi ne chiedeva una nuova regolamentazione, ha prevalso il buon senso.

Vengono finalmente disciplinati anche i percorsi formativi e le attività di osteopata e chiropratico, prevedendo appositi percorsi formativi. L'albo per la professione sanitaria di osteopata, sarà presso l'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Si prevede inoltre un nuovo percorso per inserire i medici in formazione specialistica all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Così come è da apprezzare l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza delle prestazioni per il controllo del dolore da parto.

Certamente una regolamentazione di questo tipo, anche per alcune criticità evidenziate nel corso del dibattito, dovrà subire, diciamo così, «un tagliando», di qui a qualche tempo, per verificare se i dispositivi in essa contenuti stiano funzionando al meglio.

È evidente che la Salute stia subendo una pericolosa metamorfosi: da un sistema sanitario olistico si sta trasformando in un comparto in cui la sforbiciata alle risorse è direttamente proporzionale alla diminuzione delle prestazioni.

Il calo di risorse, in particolare, incide considerevolmente sulla vita ordinaria dei presidi ospedalieri, che ne risentono in modo evidente con il *deficit* del personale in *turnover*, l'invecchiamento delle strutture e la mancata manutenzione ordinaria delle apparecchiature che invece dovrebbero essere più sofisticate e ad alta tecnologia.

Queste riflessioni che sottopongo alla vostra attenzione sono lo specchio di una considerazione più che ovvia: la normativa adottata da questo Parlamento avrebbe dovuto essere inserita come una legge ordinaria e non come l'ennesima delega al Governo.

Votazioni qualificate effettuate nel corso della seduta

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
001	Nom.	ANNULLATA	213	212	025	057	130	107	RESP.
002	Nom.	Disegno di legge n.1324. Em. 1.200, Fucksia e Centinaio	216	215	034	049	132	108	RESP.
003	Nom.	DDL n.1324. Em. 1.201, Fucksia e Maurizio Romani	206	205	030	051	124	103	RESP.
004	Nom.	DDL n.1324. Articolo 1	210	209	013	195	001	105	APPR.
005	Nom.	DDL n.1324. Em. 2.200, Fucksia	199	198	005	061	132	100	RESP.
006	Nom.	DDL n.1324. Em. 2.203, Fucksia	198	197	040	036	121	099	RESP.
007	Nom.	DDL n.1324. Articolo 2	204	203	013	188	002	102	APPR.
008	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.200, Fucksia	200	199	009	046	144	100	RESP.
009	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.202, la Relatrice	204	201	028	172	001	101	APPR.
010	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.203 (testo corretto), D'Ambrosio Lettieri	204	203	025	178	000	102	APPR.
011	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.204, Fucksia	201	199	041	016	142	100	RESP.
012	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.205, la Relatrice	203	201	030	167	004	101	APPR.

- Le Votazioni annullate e quelle in cui e' mancato il numero legale non sono riportate

Pag. 2

Seduta N. 0630

del 19/05/2016 8.36.18

Votazioni qualificate effettuate nel corso della seduta

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
013	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.206, la Relatrice	200	197	027	169	001	099	APPR.
014	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.207, Centinaio	199	196	029	027	140	099	RESP.
015	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.209, la Relatrice	203	202	031	170	001	102	APPR.
016	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.210, Scilipoti Isgrò	199	198	032	043	123	100	RESP.
017	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.211, Scilipoti Isgrò	199	195	033	031	131	098	RESP.
018	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.213, Scilipoti Isgrò	201	198	034	033	131	100	RESP.
019	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.214, la Relatrice	200	197	031	165	001	099	APPR.
020	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.215, la Relatrice	199	197	026	171	000	099	APPR.
021	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.217, la Relatrice	199	196	027	169	000	099	APPR.
022	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.218, la Relatrice	198	196	026	168	002	099	APPR.
023	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.219, D'Ambrosio Lettieri e altri	202	199	026	172	001	100	APPR.
024	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.222, Scilipoti Isgrò	200	197	029	027	141	099	RESP.
025	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.223, Scilipoti Isgrò	200	198	033	035	130	100	RESP.

Pag. 3

Seduta N. 0630

del 19/05/2016 8.36.18

Votazioni qualificate effettuate nel corso della seduta

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
026	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.224, la Relatrice	201	197	026	165	006	099	APPR.
027	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.228, Silvestro e altri	202	198	033	038	127	100	RESP.
028	Nom.	DDL n.1324. Em. 3.229, Maurizio Romani e altri	201	199	030	052	117	100	RESP.
029	Nom.	DDL n.1324. Articolo 3	202	200	013	163	024	101	APPR.

- Le Votazioni annullate e quelle in cui e' mancato il numero legale non sono riportate

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 4

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto
(R)=Richiedente la votazione e non votante
(V)=Votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000001 alla n° 000020																			
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020
FORMIGONI ROBERTO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FORNARO FEDERICO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
FRAVEZZI VITTORIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
FUCKSIA SERENELLA	F	F	F	C	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
GAETTI LUIGI	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A
GALIMBERTI PAOLO																				
GAMBARO ADELE	C	C	A	F	C	C	F	C	F	F	A	F	F	C	F	C	C	C	F	F
GASPARRI MAURIZIO																				
GATTI MARIA GRAZIA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
GENTILE ANTONIO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GHEDINI NICCOLO'																				
GIACOBBE FRANCESCO																				
GIANNINI STEFANIA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GIARRUSSO MARIO MICHELE	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
GIBIINO VINCENZO								F	F	F	C	F	F	C	F	F	F	F	F	F
GINETTI NADIA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
GIOVANARDI CARLO	C	C	C	F	C	C	F	C	R	F	C	F	F	C	F	F	C	C	F	F
GIRO FRANCESCO MARIA	A	A					F	C	F	F	C	A	F	C	F	F	F	F	F	F
GIROTTI GIANNI PIETRO	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
GOTOR MIGUEL	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
GRANAIOLA MANUELA		C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F		C	F	C	C	C	F	F
GRASSO PIETRO																				
GUALDANI MARCELLO																				
GUERRA MARIA CECILIA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
GUERRIERI PALEOTTI PAOLO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ICHINO PIETRO	C	C	C	F																
IDEM JOSEFA	C	C		F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
IURLARO PIETRO																				
LAI BACHISIO SILVIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LANGELLA PIETRO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LANIECE ALBERT	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LANZILLOTTA LINDA	C	C	C	F	C	C	F													
LATORRE NICOLA																				
LEPRI STEFANO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	C	F
LEZZI BARBARA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
LIUZZI PIETRO	C	C	C	F	C	C	F	A	A	F	A	A	A	R	A	A	A	A	A	F
LO GIUDICE SERGIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LO MORO DORIS	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	C	F	C	F	C	C	C	F	F
LONGO EVA	C	C	C	F																
LONGO FAUSTO GUILHERME	A	A	F	F		A	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LUCHERINI CARLO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
LUCIDI STEFANO	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
LUMIA GIUSEPPE	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	A	F	C	F	C		C	F	F
MALAN LUCIO	A	A	A	F	F	F	F	C	F	F	C	F	F	C	F	F	F	F	F	F

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 6

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto
(R)=Richiedente la votazione e non votante
(V)=Votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000001 alla n° 000020																			
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020
NUGNES PAOLA																				
OLIVERO ANDREA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
ORELLANA LUIS ALBERTO	C	C	A	F	F	F	F	C	F	F	F	F	F	F	C	C	C	F	F	
ORRU' PAMELA GIACOMA G.	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PADUA VENERA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PAGANO GIUSEPPE	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PAGLIARI GIORGIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PAGLINI SARA	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
PAGNONCELLI LIONELLO MARCO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PALERMO FRANCESCO	F	F	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PALMA NITTO FRANCESCO	A	A	A	F	F	F	F	C	F	F	F	A	F	F	A	F	A	F	A	F
PANIZZA FRANCO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PARENTE ANNAMARIA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PEGORER CARLO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PELINO PAOLA	A	A	A	F	F	F	F	C	F	F	C	F	F	C	F	F	F	F	F	F
PEPE BARTOLOMEO	F	F	F	F	F	F	F	F	F		F	F	F	F	F	F	A	A	A	A
PERRONE LUIGI	C	C																		
PETRAGLIA ALESSIA	F	F	F	F	F	F	F	C	F	F	C	F	F	F	F	A	C	C	F	F
PETROCELLI VITO ROSARIO	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
PEZZOPANE STEFANIA	C	C	C	F	C	C	F	C		F										
PIANO RENZO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PICCINELLI ENRICO	C	C	C	F		C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PICCOLI GIOVANNI																				
PIGNEDOLI LEANA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PINOTTI ROBERTA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PIZZETTI LUCIANO	C	C																		
PUGLIA SERGIO																				
PUGLISI FRANCESCA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
PUPPATO LAURA																				
QUAGLIARIELLO GAETANO	A	A	F	F	F	A	F	A	F	F	F	F	F	A	F	F	A	A	F	F
RANUCCI RAFFAELE	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
RAZZI ANTONIO	A	A	A	F	F	F	F	C	F	F	C	F	F	F	F	R	R	R	R	R
REPETTI MANUELA																				
RICCHIUTI LUCREZIA	C	C		F	C		F	C	F	F	C	C	F	C	F	C	C	C	F	
RIZZOTTI MARIA	A	A	A	F	F	F	F		F	F	C	F	F	C	F	F	C	F	F	F
ROMANI MAURIZIO	A	F	F	F			F	C	F	F	F	F	F	F	C	C	C	C	F	F
ROMANI PAOLO																				
ROMANO LUCIO	F	C		F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ROSSI GIANLUCA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ROSSI LUCIANO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ROSSI MARIAROSARIA																				
ROSSI MAURIZIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C		F	F
RUBBIA CARLO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
RUSSO FRANCESCO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 8

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto (V)=Votante
(R)=Richiedente la votazione e non votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000001 alla n° 000020																			
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020
VERDUCCI FRANCESCO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
VICARI SIMONA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
VICECONTE GUIDO																				
VILLARI RICCARDO																				
VOLPI RAFFAELE																				
ZANDA LUIGI	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ZANONI MAGDA ANGELA	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ZAVOLI SERGIO	C	C	C	F	C		F	C	F	F		F	F	C	F	C	C	C	F	F
ZELLER KARL	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ZIN CLAUDIO	C	C	C	F	C	C	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	C	C	F	F
ZIZZA VITTORIO	F	A	A	A	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	A	A	A
ZUFFADA SANTE	C	A	A	F	A	A	F	C	F	F	C	F	F	C	F	C	A	A	F	F

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 12

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto
(R)=Richiedente la votazione e non votante
(V)=Votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000021 alla n° 000029									
	021	022	023	024	025	026	027	028	029	
FORMIGONI ROBERTO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
FORNARO FEDERICO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
FRAVEZZI VITTORIO	F	F	F	C	C	F	A	C	F	
FUCKSIA SERENELLA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
GAETTI LUIGI	A	A	A	A	A	R	A	A	C	
GALIMBERTI PAOLO										
GAMBARO ADELE	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
GASPARRI MAURIZIO										
GATTI MARIA GRAZIA	F	F	F	C	C	F	F	F	F	
GENTILE ANTONIO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
GHEDINI NICCOLO'										
GIACOBBE FRANCESCO										
GIANNINI STEFANIA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
GIARRUSSO MARIO MICHELE	A	A	A	A	A	A	A	A	C	
GIBIINO VINCENZO	F	F	F	C	F	F	C	F	F	
GINETTI NADIA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
GIOVANARDI CARLO	F	F	C	C	C	C	R	C	F	
GIRO FRANCESCO MARIA	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
GIROTTI GIANNI PIETRO	A	A	A	A	A	A	A	A	C	
GOTOR MIGUEL	F	F	F		C	F	C	C	F	
GRANAIOLA MANUELA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
GRASSO PIETRO										
GUALDANI MARCELLO										
GUERRA MARIA CECILIA	F	F	F	C	C	C	C	C	F	
GUERRIERI PALEOTTI PAOLO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ICHINO PIETRO										
IDEM JOSEFA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
IURLARO PIETRO										
LAI BACHISIO SILVIO			F	C	C	F	C	C	F	
LANGELLA PIETRO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
LANIECE ALBERT	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
LANZILLOTTA LINDA										
LATORRE NICOLA										
LEPRI STEFANO	F	F	F	C	C	C	C	C	F	
LEZZI BARBARA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
LIUZZI PIETRO	F	F	F	F	A	R	F	F	F	
LO GIUDICE SERGIO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
LO MORO DORIS	F	F	F	C	C	C	C	C	F	
LONGO EVA										
LONGO FAUSTO GUILHERME	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
LUCHERINI CARLO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
LUCIDI STEFANO	A	A	A	A	A	A	A	A	C	
LUMIA GIUSEPPE	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
MALAN LUCIO	F	F	F	C	F	F	C	F	F	

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 14

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto
(R)=Richiedente la votazione e non votante
(V)=Votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000021 alla n° 000029									
	021	022	023	024	025	026	027	028	029	
NUGNES PAOLA										
OLIVERO ANDREA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
ORELLANA LUIS ALBERTO	F	F	F	C	C	F	F	F	F	
ORRU' PAMELA GIACOMA G.	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PADUA VENERA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PAGANO GIUSEPPE	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PAGLIARI GIORGIO	F	F	F	C	C	C	C	C	F	
PAGLINI SARA	A	A	A	A	A	A	A	A	C	
PAGNONCELLI LIONELLO MARCO	F	F	F			F	F	C	C	F
PALESMO FRANCESCO	F	F	F	C	C	F	C	F	F	
PALMA NITTO FRANCESCO	F	F	F	F	F	F	F	A	F	
PANIZZA FRANCO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PARENTE ANNAMARIA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PEGORER CARLO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PELINO PAOLA	F	F	F	C	F	F	C	F	F	
PEPE BARTOLOMEO	A	A	A	A	A	A	F	F	A	
PERRONE LUIGI										
PETRAGLIA ALESSIA	F	F	F	C	C	F	F	F	F	
PETROCELLI VITO ROSARIO	A	A	A	A	A	A	A	A	C	
PEZZOPANE STEFANIA										
PIANO RENZO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
PICCINELLI ENRICO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PICCOLI GIOVANNI										
PIGNEDOLI LEANA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
PINOTTI ROBERTA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
PIZZETTI LUCIANO										
PUGLIA SERGIO										
PUGLISI FRANCESCA	F	F	F	C	C	F	C		F	
PUPPATO LAURA										
QUAGLIARIELLO GAETANO	F	F	F	C	F	A	A	A	F	
RANUCCI RAFFAELE	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
RAZZI ANTONIO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
REPETTI MANUELA										
RICCHIUTI LUCREZIA	F		F	C		F	C	C	F	
RIZZOTTI MARIA	F	F	F	F	F	F	C	C	F	
ROMANI MAURIZIO	F	F	F	C	C	F	F	F	F	
ROMANI PAOLO										
ROMANO LUCIO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ROSSI GIANLUCA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ROSSI LUCIANO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ROSSI MARIAROSARIA										
ROSSI MAURIZIO		F	F	C	C	F	C	C	F	
RUBBIA CARLO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
RUSSO FRANCESCO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	

Seduta N. 0630 del 19/05/2016 Pagina 16

Totale votazioni 29

(F)=Favorevole
(M)=Cong/Gov/Miss(C)=Contrario
(P)=Presidente(A)=Astenuto
(R)=Richiedente la votazione e non votante
(V)=Votante

NOMINATIVO	Votazioni dalla n° 000021 alla n° 000029									
	021	022	023	024	025	026	027	028	029	
VERDUCCI FRANCESCO	F	F	F	F	C	F	C	C	F	
VICARI SIMONA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
VICECONTE GUIDO										
VILLARI RICCARDO										
VOLPI RAFFAELE										
ZANDA LUIGI	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ZANONI MAGDA ANGELA	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ZAVOLI SERGIO	F		F	C	C	F	C	C	F	
ZELLER KARL	F	C	F	C	C	F	C	C	F	
ZIN CLAUDIO	F	F	F	C	C	F	C	C	F	
ZIZZA VITTORIO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
ZUFFADA SANTE	F	F	F	F	A	F	A	C	F	

Segnalazioni relative alle votazioni effettuate nel corso della seduta

Nel corso della seduta sono pervenute al banco della Presidenza le seguenti comunicazioni:

DISEGNO DI LEGGE N. 1324:

sull'articolo 2, il senatore Astorre avrebbe voluto esprimere un voto favorevole; sull'emendamento 3.224, i senatori Lepri e Pagliari avrebbero voluto esprimere un voto favorevole.

Congedi e missioni

Sono in congedo i senatori: Albertini, Amati, Anitori, Bubbico, Bulgarelli, Cassano, Catalfo, Cattaneo, Chiavaroli, Ciampi, Colucci, Della Vedova, De Poli, D'Onghia, Donno, Fattori, Formigoni, Gentile, Lezzi, Manconi, Minniti, Mirabelli, Monti, Morgoni, Moronese, Nencini, Olivero, Piano, Pizzetti, Romani Maurizio, Rubbia, Serra, Sibilìa, Stucchi, Vicari e Zavoli.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Casini, per attività della 3ª Commissione permanente; Casson, Crimi, Esposito Giuseppe e Marton, per attività del Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica; Sonogo, per attività dell'Assemblea parlamentare dell'Iniziativa Centro Europea (InCE).

Corte costituzionale, trasmissione di sentenze

La Corte costituzionale, con lettera in data 6 maggio 2016, ha inviato, a norma dell'articolo 30, comma 2, della legge 11 marzo 1953, n. 87, copia della sentenza della Corte costituzionale n. 94 del 20 aprile 2016, con la quale la Corte stessa ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4-*quater* del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272 (Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309), come convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 21 febbraio 2006, n. 49, che introduce l'articolo 75-*bis* del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza). Il predetto documento è stato trasmesso, ai

sensi dell'articolo 139, comma 1, del Regolamento, alla 1ª e alla 2ª Commissione permanente (*Doc. VII, n. 179*).

Mozioni, apposizione di nuove firme

I senatori Molinari, Davico e Centinaio hanno aggiunto la propria firma alla mozione 1-00449 del senatore Pepe ed altri.

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 12 al 18 maggio 2016)

SOMMARIO DEL FASCICOLO N. 129

MANCONI ed altri: su iniziative per la risoluzione del conflitto in Darfur (4-05397) (risp. GIRO, *viceministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale*)

MAURO Mario: sul regime di monopolio nel settore della produzione di sangue ed emoderivati (4-02617) (risp. LORENZIN, *ministro della salute*)

MORRA ed altri: sul passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse (4-04719) (risp. MADIA, *ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione*)

MUNERATO: sui maltrattamenti nei confronti di anziani malati in una casa di cura in provincia di Parma (4-05573) (risp. LORENZIN, *ministro della salute*)

ROMANI Maurizio ed altri: sulla nomina del nuovo componente del consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale tumori (4-05471) (risp. LORENZIN, *ministro della salute*)

Mozioni

DE PIN, SIMEONI, CASALETTO, PEPE, Giovanni MAURO, CENTINAIO, CONSIGLIO, MASTRANGELI, TARQUINIO, ZIZZA. – Il Senato,

premesso che:

la Crimea è una penisola ubicata sulla costa settentrionale del Mar Nero ed è abitata da 2 milioni di persone di diverse etnie: la maggioranza della popolazione (58 per cento) è composta da Russi e la restante parte da Ucraini. I Tartari sono l'etnia musulmana della Crimea ed oggi rappresentano il 12 per cento della popolazione. La Crimea rappresenta da sempre un nodo centrale per la Russia, data la posizione geografica e consi-

derato il fatto che consente alla Federazione stessa di mantenere un importante presidio sulle coste che si affacciano sul Mar Nero, garantendo, altresì, in generale, alla marina uno sbocco anche sul Mediterraneo. La città di Sebastopoli, nella zona sud occidentale della penisola, è sede di una delle 4 flotte della Marina militare russa e ospita 11.000 effettivi e circa 60 navi;

la Crimea è stata annessa all'impero russo nel 1783, durante il regno di Caterina la Grande e, successivamente, nel 1954 la penisola è stata donata dal presidente dell'Unione Sovietica, Nikita Kruscev (che era ucraino) al Governo di Kiev, senza che fosse tenuto in conto il parere e l'orientamento della popolazione. Nel 1991 divenne Repubblica autonoma di Crimea, pur rimanendo parte dello Stato ucraino;

nel marzo 2014, mediante un *referendum*, il popolo di Crimea ha manifestato la volontà di costituirsi in uno Stato indipendente. Tale decisione è stata preceduta, il 4 marzo 2014, dalla richiesta del parlamento della Crimea, approvata con 78 voti su 81, che la repubblica, qualora fosse divenuta indipendente, potesse entrare a far parte della Federazione Russa. Tale decisione non è stata riconosciuta dagli Stati Uniti d'America e dall'Unione europea che hanno considerato la votazione «illegale»;

l'articolo 10, comma 1, della nostra Costituzione recita quanto segue: «L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute» e pertanto, per effetto del predetto articolo, il principio dell'autodeterminazione dei popoli contenuto nella Carta delle Nazioni Unite, in quanto norma del diritto internazionale, fa parte integrante e sostanziale della nostra Carta costituzionale;

l'Unione europea e l'Italia hanno palesemente ignorato la manifestazione di volontà, quasi unanime, sia del Parlamento, che del popolo della Crimea, disconoscendo, altresì, le ragioni storico-culturali di questa scelta;

a seguito della crisi politico-militare con l'Ucraina, a partire dal mese di marzo 2014, l'Unione europea ha promosso una serie di misure restrittive, sia diplomatiche, che economiche contro la Russia, in risposta all'annessione della Crimea;

tra le sanzioni introdotte, ci sono diverse misure diplomatiche, come la sospensione del vertice tra UE e Russia, i colloqui bilaterali tra i Paesi membri e Mosca e la sospensione dei negoziati relativi all'adesione della Russia all'OCSE e all'Agenzia internazionale per l'energia;

la Russia costituisce un soggetto di fondamentale importanza negli equilibri, non solo europei, ma globali; l'Italia stessa intrattiene con la Russia, da lungo tempo, un partenariato strategico basato su interdipendenza e interessi comuni. Negli ultimi anni, le relazioni tra i 2 Paesi, poi, si sono ulteriormente consolidate, al punto da potersi qualificare come «relazioni privilegiate»;

le sanzioni economiche poste dall'Unione europea sono costate all'Italia circa 3,6 miliardi di euro di *export*. Secondo il conteggio della Cgia di Mestre l'*export* italiano verso la federazione Russa, per effetto delle sanzioni economiche che l'Ue ha introdotto nel 2014 verso Mosca

(prima a luglio, poi rafforzate a settembre), che poi hanno portato all'*embargo* di reazione da parte della Russia (da agosto), è passato dai 10,7 miliardi del 2013 ai 7,1 miliardi di euro del 2015 (con un calo del 34 per cento). Nel comparto agroalimentare l'*embargo* totale in Russia è costato al nostro Paese, per il 2015, circa 240 milioni di euro; i prodotti agroalimentari «made in Italy» più colpiti sono stati l'ortofrutta, la carne ed i prodotti lattiero-caseari;

Lombardia (meno 1,18 miliardi), Emilia-Romagna (meno 771 milioni) e Veneto (meno 688,2 milioni), sono le regioni che con l'introduzione del blocco alle vendite hanno subito gli effetti negativi più pesanti: oltre il 72 per cento del totale del calo dell'*export* verso la Russia ha interessato questi 3 territori. Dei 3,6 miliardi di minori esportazioni, 3,5 sono ascrivibili al comparto manifatturiero. I macchinari (meno 648,3 milioni di euro), l'abbigliamento (meno 539,2 milioni di euro), gli autoveicoli (meno 399,1 milioni di euro), le calzature/articoli in pelle (meno 369,4 milioni di euro), i prodotti in metallo (meno 259,8 milioni di euro), i mobili (meno 230,2 milioni) e le apparecchiature elettriche (meno 195,7 milioni) sono stati i settori, dove i volumi di affari, in termini assoluti, hanno registrato le contrazioni più importanti. La Coldiretti lamenta il fatto che l'agroalimentare è l'unico settore con un *embargo* totale, costato 400 milioni;

la Russia, che nel 2013 era l'ottavo Paese per destinazione dell'*export* italiano, è diventata, nel 2015, tredicesima ed è stata scavalcata dalla Polonia, dalla Cina, dalla Turchia, dai Paesi Bassi e dall'Austria;

preso atto:

delle dichiarazioni dell'alto rappresentante dell'Unione europea per gli affari esteri e la politica di sicurezza, Federica Mogherini, riguardanti la Crimea e pubblicate sul sito *web* della Commissione esteri, ove si afferma che l'Unione europea resta fermamente impegnata per la sovranità e l'integrità territoriale dell'Ucraina e non riconosce la riunificazione della Crimea con la Russia, proseguendo nell'inasprimento delle sanzioni; affermando, infine, che: «L'Unione Europea riconosce e continua a condannare questa violazione del diritto internazionale. Si tratta di una sfida diretta alla sicurezza internazionale, con gravi conseguenze per l'ordine giuridico internazionale che protegge l'unità e la sovranità di tutti gli Stati»;

in conseguenza a ciò, la già grave situazione economica conseguente all'*embargo* russo non potrà che peggiorare;

tali sanzioni non possono considerarsi la modalità ottimale per la soluzione dei problemi, per i sacrifici che impongono alle popolazioni che le subiscono e ai Paesi che le attuano,

impegna il Governo:

1) ad attivarsi, presso le istituzioni europee, per la revisione dei rapporti tra l'Unione europea e la Federazione Russa, evidenziando i danni alla nostra economia provocati da scelte scellerate ed irresponsabili, anche alla luce della sicurezza internazionale;

2) a condannare la politica internazionale dell'Unione europea nei confronti della Crimea, fortemente discriminante ed ingiusta sotto il pro-

filo dei principi del diritto internazionale, chiedendo di riconoscere la volontà popolare espressa dal Parlamento della Crimea e dal suo popolo attraverso un *referendum*;

3) a chiedere l'immediato ritiro delle sanzioni alla Russia, che stanno comportando gravi conseguenze alla nostra economia, soprattutto nella Regione Veneto, i cui effetti sono destinati ad essere irreversibili e duraturi nel tempo;

4) ad esprimere forte preoccupazione per le recenti dichiarazioni dell'alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza, Federica Mogherini, riguardante la Crimea ed auspicare, invece, la ripresa del dialogo con la Federazione Russa e la mitigazione della conflittualità, anche per rafforzare la sicurezza internazionale nella lotta al terrorismo;

5) a promuovere e rafforzare un'azione politico-diplomatica verso la Russia e l'Ucraina, al fine di ottenere il superamento dello stato di tensione e di crisi ed un'adeguata tutela dei diritti umani delle persone e delle minoranze;

6) ad aprire in sede europea un confronto su possibili misure compensative adeguate a sostenere le imprese e i sistemi di filiera più colpiti dagli effetti dell'*embargo* russo.

(1-00574)

Interrogazioni

ARRIGONI, CENTINAIO. – *Al Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo.* – Si chiede di sapere per quali motivi (anche dai possibili contorni, ad avviso degli interroganti, inquietanti) le circolari ministeriali 2015 e 2016 sui criteri di priorità per i rimborsi (in ritardo di lustri) dovuti dallo Stato ai proprietari di dimore storiche restaurate siano tenute strettamente riservate, non pubblicate sul sito ministeriale, negate a chi ne ha fatto richiesta (col pretesto che si tratti di circolari «interne»), al punto che Confedilizia, per averne copia, ha dovuto azionare la procedura di accesso agli atti.

(3-02867)

RICCHIUTI, CAPACCHIONE. – *Al Ministro della giustizia.* – Premesso che:

con provvedimento del direttore generale 19 giugno 2015, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*, 4ª Serie speciale «Concorsi ed Esami», 28 luglio 2015, n. 57, è stato indetto il concorso pubblico, per titoli ed esami, per il reclutamento di complessivi 300 allievi agenti del Corpo di Polizia penitenziaria del ruolo maschile, e 100 allievi agenti del Corpo del ruolo femminile, riservati, ai sensi dell'articolo 2199, comma 1, del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, ai volontari in ferma prefissata di un anno o quadriennale ovvero in rafferma annuale;

con il decreto 8 marzo 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 21 del 15 marzo 2016, 4ª Serie speciale, è stato fissato il diario delle prove scritte preselettive del concorso;

il concorso si è svolto alla nuova fiera di Roma il 20, 21 e 22 aprile 2016, con un calendario di convocazione dei gruppi di candidati in ordine alfabetico;

il 6 maggio è apparso sul sito del Ministero della giustizia un avviso di sospensione della pubblicazione dei risultati delle prove di esame;

considerato che da un articolo apparso su «Il Messaggero», il 18 maggio 2016, si apprende che dalla sospensione del concorso, decisa dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria a causa di irregolarità constatate nel corso dello svolgimento delle prove, sarebbe scaturita un'inchiesta, coordinata dalla Procura di Roma, in persona del procuratore aggiunto dottor Michele Prestipino, che avrebbe già indotto ad ipotizzare un intervento della criminalità organizzata teso a condizionare la selezione dei candidati, con la finalità di inserire «propri riferimenti» all'interno dell'organizzazione delle carceri,

si chiede di sapere:

se i fatti descritti dalle notizie di stampa corrispondano al vero e quali siano le valutazioni del Ministro in indirizzo;

quali iniziative intenda adottare, al fine di scongiurare che possano ripetersi simili episodi e di evitare possibili infiltrazioni, anche per assicurare la trasparenza e la oggettività del giudizio, requisiti essenziali per una corretta selezione pubblica, e pertanto, tutelare coloro che, onestamente, competono e meritano di vedere garantito il loro interesse legittimo al risultato conseguito.

(3-02868)

SANTANGELO, MARTON, CRIMI, LUCIDI, BERTOROTTA, DONNO, MORONESE, CAPPELLETTI, CASTALDI, PUGLIA, SCIBONA, AIROLA, ENDRIZZI, MONTEVECCHI, SERRA, MANGILI. – *Ai Ministri della difesa, degli affari esteri e della cooperazione internazionale e dello sviluppo economico.* – Premesso che:

nella serata del 5 maggio 2016, la trasmissione televisiva «Le Iene» ha mandato in onda un servizio sui rifornimenti di armi, da parte dell'Italia all'Arabia Saudita, utilizzate nella guerra in Yemen;

nel servizio, è denunciata la costante violazione del nostro Paese non solo della legge n. 185 del 1990, recante «Nuove norme sul controllo dell'esportazione, importazione e transito dei materiali di armamento», che vieta di vendere armi a Paesi in conflitto, come per l'appunto l'Arabia Saudita, ma anche l'utilizzo dell'aeroporto di Bologna per il transito di cacciabombardieri sauditi che trasportano bombe da sganciare, con effetti devastanti, nello Yemen; il nostro Paese, in realtà, consentirebbe il transito di cacciabombardieri Eurofighters Typhoon, costruiti da un consorzio internazionale di cui, peraltro, fanno parte l'Italia, la Gran Bretagna, la Germania e la Spagna;

il *reportage* informa di un ordine di acquisto effettuato dall'Arabia saudita al consorzio Eurofighter, di cui fa parte anche Finmeccanica, che, anche se gli aerei sono assemblati in Inghilterra dalla Bea System a Whorton, produce a Torino e a Foggia alcune parti dei velivoli. Si tratterebbe di un *business* di svariati miliardi di euro. Le bombe, della serie Mk 80, prodotte in Italia e inviate ai sauditi, sarebbero quelle che equipaggiano anche i suddetti velivoli. L'aviazione saudita avrebbe acquistato 72 caccia Eurofighters che vengono consegnati 2 alla volta, mano a mano che escono dalle linee di produzione del consorzio stesso;

per quanto riguarda tali voli di consegna, «Le Iene» hanno scoperto che, dal punto di vista formale, gli aerei, costretti ad effettuare a Bologna uno scalo tecnico per il rifornimento, possono transitare dall'Italia soltanto in quanto temporaneamente «arruolati» nell'aeronautica militare britannica. Secondo il dirigente tecnico dell'Enac (Ente nazionale aviazione civile), intervistato nell'ambito del servizio televisivo, il transito di queste macchine da guerra è autorizzato solo in quanto, nonostante gli evidenti contrassegni militari sauditi, si tratta di voli di Stato inglesi autorizzati in base alla reciproca disponibilità degli aeroporti tra il Regno Unito e l'Italia. Tale meccanismo, come sottolineano i giornalisti e a parere degli interroganti, rappresenta un evidente raggiro nei confronti di controlli e autorizzazioni previsti dalla legge n. 185 del 1990 per il transito di un sofisticato, costoso e letale sistema d'arma;

a giudizio degli interroganti, il Governo italiano, nonostante sui velivoli sia scritto in modo leggibile «Saudi Arabia Royal Air Force», preferisce considerarli aerei britannici in transito giacché la destinazione (l'aeroporto mitare di Taif da cui partono i *raid* che colpiscono lo Yemen) non viene comunicata all'Enac. Tale artificio, tuttavia, non legittima comunque le autorizzazioni italiane al transito, in quanto le nostre autorità sono nelle condizioni formali e sostanziali di conoscere la destinazione finale, grazie al certificato internazionale che obbligatoriamente accompagna tutte le armi in viaggio;

considerato che l'Arabia saudita usa gli aerei e le bombe, come anche ricordato e denunciato in più occasioni da Amnesty international, per il sistematico bombardamento di civili yemeniti, rendendosi così responsabile di crimini di guerra. Crimini che, a parere degli interroganti, la suddetta trasmissione ha ben documentato, mostrandone gli effetti e ricostruendo, con immagini originali, le denunce avanzate dal *panel* di esperti dell'Onu incaricati di monitorare l'andamento del conflitto;

considerato inoltre che:

il giornale «il Fatto Quotidiano», in un articolo del 28 febbraio 2016, riportava che dal mese di marzo 2015 più di 35.000 persone sarebbero state coinvolte nei combattimenti in Yemen. Tale situazione avrebbe determinato circa 3.000 morti, oltre 5.600 civili feriti e più di 700 bambini uccisi. Una situazione drammatica che è stata ampiamente denunciata dalle organizzazioni per i diritti umani che hanno chiesto di porre fine a questo spargimento di sangue;

il Parlamento europeo, lo scorso febbraio 2016, ha approvato a larga maggioranza una risoluzione favorevole all'*embargo* europeo sulla vendita di tutte le armi all'Arabia Saudita e dei suoi alleati. Tale atto è stato emanato a seguito di una sollecitazione delle Nazioni Unite che ritengono l'Arabia Saudita responsabile di un disastro umanitario nello Yemen e affermano che i bombardamenti in questo Paese sono possibili soprattutto grazie all'attrezzatura fornita dai Paesi europei;

inoltre, l'articolo evidenzia che, secondo quanto riportato in un rapporto dell'associazione «Control arms», «il trasferimento di armi e munizioni all'Arabia Saudita sta alimentando il conflitto. Il Paese è stato negli ultimi dieci anni un mercato appetibile per gli esportatori di armi, e nel 2014 è diventato il più grande importatore di equipaggiamenti per la difesa al mondo. La banca dati delle Nazioni Unite sul commercio internazionale (Comtrade) mostra che nel 2014 ventiquattro stati hanno esportato armi e munizioni in Arabia Saudita». Inoltre, molti dei Paesi esportatori, tra i quali l'Italia, sono stati firmatari, il 3 giugno 2013 a New York, del Trattato sul commercio delle armi (ATT). L'obiettivo del Trattato dovrebbe essere quello di vietare la vendita di armi che potrebbero portare a crimini di guerra, o che potrebbero essere utilizzate per gravi violazioni del diritto internazionale. La *ratio* di questo importante documento è pervenire alla riduzione della sofferenza umana attraverso l'osservanza di nuove regole globali per il commercio delle armi, che l'Italia, a parere degli interroganti, non sta rispettando;

considerato infine che:

l'Italia, a distanza di pochi giorni dall'approvazione della risoluzione del Parlamento europeo, che deve essere considerata come una grave censura europea nei confronti dell'Arabia Saudita, avrebbe siglato, a quanto risulta agli interroganti, l'accordo per la vendita di 28 nuovi caccia Eurofighter al Kuwait, Paese che con i sauditi bombarda lo Yemen, consentendo l'ennesimo transito di aerei da guerra destinati all'aeronautica di Ryhad;

gli interroganti e altri parlamentari del Movimento 5 stelle, con diverse iniziative parlamentari quali atti di sindacato ispettivo, richieste di informative e addirittura mozioni di sfiducia al Governo, hanno ripetutamente denunciato le gravi violazioni non solo della legge nazionale ed europea, ma anche dei diritti umani, riconosciuti dalla nostra Costituzione come dalla Carta universale dei diritti umani;

la drammatica situazione dello Yemen e la grave posizione dell'Italia rispetto alla vendita illecita delle armi sono state oggetto di denuncia da parte di varie ed importanti organizzazioni impegnate nella tutela dei diritti umani come «Rete Disarmo», ma soprattutto Amnesty international. Il direttore di Amnesty Italia, peraltro, in occasione di un'audizione tenuta il 4 maggio 2016 presso la 4ª Commissione permanente (Difesa) del Senato, nell'ambito di un'indagine conoscitiva volta a verificare la possibilità di attuare un modello di difesa alternativa, ha sottolineato le violazioni dell'Italia in tema di vendita di armamenti e, come nei vari scenari

di guerra, la protezione della popolazione civile non sia sufficientemente attuata e neanche riconosciuta a livello formale,

si chiede di sapere:

se i fatti esposti e documentati dal servizio della trasmissione televisiva «Le Iene» corrispondano al vero;

quali urgenti provvedimenti i Ministri in indirizzo intendano assumere per bloccare ogni tipo di commercio di armi con l'Arabia Saudita ed impedire il transito di velivoli militari di nazionalità Saudita o diretti verso questo Paese a scopi bellici;

se non ritengano di dover predisporre controlli più rigorosi nell'ambito dei procedimenti autorizzatori alla vendita di sistemi d'armamenti ed assumere ulteriori iniziative, anche di natura legislativa, al fine di dare piena attuazione alla legge n. 185 del 1990, alla risoluzione approvata dal Parlamento europeo, nonché al Trattato sul commercio delle armi (ATT).

(3-02869)

VACCIANO, MUSSINI, BIGNAMI, SIMEONI, Maurizio ROMANI, FUCKSIA, MASTRANGELI, DE PIETRO, BENCINI. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

in data 23 febbraio 2016, è stata pubblicata l'interpellanza 2-00358 nella quale veniva esposta al Ministro in indirizzo la vicenda dei 419 plichi contenenti beni di diversa natura e provenienza, divenuti proprietà del Ministero dell'economia e delle finanze, dopo esser stati oggetto di sequestri fiscali o per l'impossibilità, a distanza di anni, di individuare i legittimi proprietari, custoditi nel *caveau* della Banca d'Italia;

col trasferimento nel 1999 del servizio di tesoreria dello Stato dal Ministero alla Banca d'Italia, tali depositi (suddivisi in oltre 2.087 bisacce di dimensioni che variano da 2 a 50 litri) giacciono nei sotterranei della succursale della banca centrale nazionale, senza alcuna prospettiva o progetto di ottimizzazione che li riguardi. Per la precisione, nel 2005 il Ministero designò un gruppo di lavoro interistituzionale, costituito da rappresentanti della Banca d'Italia, del Ministero stesso e del Ministero per i beni e le attività culturali, al quale fu affidato l'incarico di attuare una ricognizione puntuale, al fine di accertarne il contenuto e catalogarlo in maniera più dettagliata, con l'auspicio di dare una più idonea collocazione agli oggetti con maggiore rilevanza storica o artistica. Il lavoro di inventario portato avanti per 30 sessioni, tra il giugno 2005 e il luglio 2006, ha riguardato l'esplorazione di una parte dei plichi, precisamente 59 su 419. L'attenzione del gruppo di lavoro si è concentrata maggiormente su 35 depositi in particolare che presentavano un rilevante valore storico-culturale, informazione desunta da indicazioni approssimative allegate ad alcuni plichi; risulta invece che il contenuto di 50 depositi non sottoposti a ricognizione non sia accompagnato da alcuna descrizione, quindi il contenuto rimane sconosciuto anche alla Banca d'Italia. Gli interroganti, tuttavia, sono a conoscenza che il Dipartimento ispettorato generale per la finanza delle

pubbliche amministrazioni della Ragioneria generale dello Stato sia in possesso di *dossier* relativi al contenuto di tutti i plichi;

successivamente, gli avvicendamenti politici dell'Esecutivo e dei vertici della Ragioneria generale, ma soprattutto il pensionamento della dirigente del Ministero che ha fortemente promosso questo progetto, hanno determinato il congelamento o, peggio, la fine dell'iniziativa. L'attività di ricognizione per essere realizzata ha bisogno della determinazione di ciascuna istituzione e della collaborazione tra le stesse, data la commistione di competenze ministeriali che tale catalogazione richiede;

è necessaria la volontà del Ministero dell'economia per qualsiasi tipo di azione, che sia l'apertura, la ricognizione, la catalogazione, l'eventuale fruibilità in esposizioni o la possibilità di monetizzazione. Di fatto, molti dei depositi possiedono un elevato valore storico-artistico, mentre altri presentano profili quantificabili economicamente (ad esempio numismatici) che potrebbero esser messi a disposizione della collettività, attraverso lo svincolo del bene dalla stasi in cui è costretto, per essere, infine, monetizzato,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti;

quali iniziative di competenza intenda assumere per garantire il completamento dell'inventario relativo ai 419 plichi custoditi nella succursale della Banca d'Italia di via dei Mille a Roma;

in quale tempistica preveda che venga ripristinata l'azione di ricognizione delle oltre 2.000 bisacce contenenti beni di varia natura ad alto valore storico-culturale, stipate, al momento, nel *caveau* della Banca d'Italia.

(3-02870)

VERDUCCI, ALBANO, AMATI, CIRINNÀ, D'ADDA, Stefano ESPOSITO, GRANAIOLA, LAI, LO GIUDICE, MORGONI, PAGLIARI, PEZZOPANE, Gianluca ROSSI, SOLLO. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

il nostro Paese, negli ultimi anni, è stato interessato da un rinnovato flusso migratorio proveniente da Paesi martoriati dalle conseguenze di instabilità politica, guerra, miseria economica, catastrofi ambientali;

a fronte del 2014, che ha visto sbarcare 170.100 persone, il 2015 ha registrato una flessione del 10 per cento, ovvero un totale di 153.600 sbarchi (secondo i dati del Ministero dell'interno);

come da prassi, a distanza di qualche mese dall'aver inoltrato richiesta di protezione internazionale, il richiedente viene convocato dinanzi alla Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale, ove avviene la formale audizione dello stesso, dinanzi ad alti funzionari del Ministero dell'interno, delle Nazioni Unite, della questura, preposti ufficialmente a tale incarico; i tempi di attesa dall'arrivo dei profughi alla convocazione dinanzi alla Commissione, nel corso dell'ultimo anno, sono cambiati: inizialmente, gli ospiti aspettavano fino a 3/4 mesi prima di essere convocati; ora vengono chiamati nell'arco di 45 giorni

circa, mentre, la risposta dell'audizione arriva anche dopo 5/6 mesi di attesa, e tutto questo con ripercussioni per i richiedenti, per i centri di accoglienza e per le prefetture, visti i costi da dover sostenere mensilmente;

da prassi, l'audizione avviene alla presenza dell'interessato e dell'interprete in lingua madre e il richiedente ha la facoltà di farsi assistere da un avvocato, in virtù dell'art. 16 del decreto legislativo n. 25 del 2008. Il richiedente può ottenere, in quella sede, 3 tipi di permesso di soggiorno riconoscimento dello *status* di rifugiato politico ai sensi dell'art.1/A della Convenzione di Ginevra; permesso di soggiorno per protezione sussidiaria, di cui all'art. 2, lett. e) della direttiva 2004/83 CE, in stretta correlazione al decreto legislativo n. 251 del 2007; permesso di soggiorno per motivi umanitari *ex art.* 5, comma 6, del decreto legislativo n. 286 del 1998;

a parte i motivi umanitari, che non vengono specificatamente individuati dalla norma, se non dietro la dicitura «gravi motivi umanitari», gli altri 2 tipi di permesso di soggiorno vengono rilasciati, solo per motivi specifici, quali atti di persecuzione per la protezione internazionale e la presenza di danno grave alla persona per il rilascio della protezione sussidiaria, quale tortura, o minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale;

in base agli ultimi dati del Ministero dell'interno, sul fronte dell'esame delle domande d'asilo, pare riscontrarsi una dinamica di crescenti dinieghi, consolidatasi sul 58 per cento. Sono 66.266 le domande di protezione esaminate nell'anno 2015 (l'83 per cento sul totale delle domande presentate), di cui solo il 5 per cento hanno avuto come esito lo *status* di rifugiato, il 15 per cento la protezione sussidiaria e il 22 per cento l'umanitaria;

tale tendenza sembra non solo essere confermata, ma aumentare per il 2016, prendendo ad esempio in esame i dati relativi a marzo 2016: 68 per cento di diniego, 4 per cento di rifugiato, 11 per cento di sussidiaria, 17 per cento di umanitaria;

a ogni modo, in caso di ordine di rigetto della domanda di protezione internazionale, il richiedente si trova nella condizione di dover lasciare il CAS (o i centri governativi o gli SPRAR), il progetto e anche l'Italia;

ad oggi, la percentuale di concessione di permessi di soggiorno per protezione internazionale o protezione sussidiaria è di circa 1-2 per cento; i tempi di attesa circa 2 anni,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ritenga che l'incremento del numero dei dinieghi abbia connessione con una nuova tendenza delle Commissioni di giudicare in base al Paese di provenienza e non alla storia personale del richiedente protezione internazionale, come richiesto dalla Convenzione di Ginevra;

se intenda avviare delle verifiche sul lavoro delle Commissioni territoriali, viste le modalità di gestione delle pratiche, l'evidente disparità di numeri tra una regione e l'altra e il gran numero di dinieghi;

se le modalità con cui si procede alla valutazione della richiesta di protezione internazionale avvengano in conformità alle normative europee e alle convenzioni internazionali e non contrastino con le circolari emanate dal Ministero dell'interno sui Paesi cosiddetti «sicuri»;

se sia oggetto di considerazione il fatto che, se questa dinamica dovesse confermarsi, il sistema rischierebbe di avere un gran numero di profughi tramutatisi in clandestini, senza fissa dimora, senza nessuna prospettiva di futuro, con il rischio di «cattura» da parte delle reti criminali, laddove invece, attraverso i progetti di gestione (CAS, centri governativi, SPRAR), sono stati fatti investimenti volti alla massima integrazione.

(3-02872)

DE PETRIS, CERVELLINI, BAROZZINO, BOCCHINO, CAMPANELLA, DE CRISTOFARO, PETRAGLIA. – *Al Ministro dell'interno.*
– Premesso che:

l'art. 1, n. 1, del regio decreto 14 novembre 1901, n. 466, dichiara sottoposte al Consiglio dei ministri «Le questioni d'ordine pubblico e di alta amministrazione», inoltre l'art. 1 del regio decreto n. 773 del 1931, dispone che «L'autorità di pubblica sicurezza veglia al mantenimento dell'ordine pubblico» e l'art. 2 dispone che «Il prefetto, in caso d'urgenza e per grave necessità pubblica, ha facoltà di adottare i provvedimenti indispensabili per la tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza pubblica»;

il prossimo sabato 21 maggio 2016 rischia di essere una giornata ad alto rischio per la sicurezza e l'ordine pubblico della città di Roma;

in quella giornata, infatti, il movimento politico di estrema destra «CasaPound» ha indetto un raduno in occasione dell'anniversario della morte di Dominique Venner, ideologo francese di estrema destra morto nel 2013;

l'appuntamento è previsto per le ore 10 della giornata di sabato in piazza Vittorio, all'Esquilino, a pochi passi dal quartier generale di CasaPound. «Difendere l'Italia» è lo *slogan* che campeggia su manifesti in stile ventennio fascista. Come il monito citato: «Ciò che è scritto con il sangue dei padri non si cancella con la saliva dei politici». Sul sito di CasaPound si spiega così la manifestazione: «Una mobilitazione di tutti gli uomini liberi in difesa dei confini, delle tradizioni e dell'identità per fermare il terrore e le forze malate che cinicamente lo alimentano»;

come riporta la stampa, nella notte tra il 17 e il 18 maggio, a pochi giorni dal corteo che attraverserà gran parte del centro di Roma, una quindicina di membri di CasaPound hanno deliberatamente aggredito 3 attivisti antifascisti a Torpignattara, a Roma;

si tratta di un fatto estremamente grave e premeditato che segnala il rischio che la manifestazione di sabato possa trasformarsi in ulteriori atti di violenza e di oltraggio ai valori democratici e antifascisti fondanti la Repubblica italiana;

importanti associazioni, come l'Associazione nazionale partigiani d'Italia (Anpi), hanno già scritto al prefetto di Roma, per chiedere di vietare la manifestazione, annunciando anche un esposto alla Procura della

Repubblica «per ogni espressione di stampo fascista che dovesse essere intrapresa senza il pronto intervento delle forze dell'ordine». L'Anpi chiede «che non venga consentito a CasaPound l'uso della piazza per la palese contrarietà del portato ideologico di detta organizzazione con la Costituzione»;

ancora di recente, proprio sul tema, è intervenuta una sentenza della Corte di cassazione che, a parere degli interroganti, merita di essere valutata con attenzione. Come ha infatti chiarito la sez. I penale della Corte, con la sentenza n. 20450 depositata il 17 maggio 2016, il saluto fascista o romano, che dir si voglia, o qualunque altra manifestazione a carattere fascista, rappresenta una manifestazione che rimanda all'ideologia fascista e ha valori politici di discriminazione razziale e di intolleranza. La fattispecie non richiede che le manifestazioni «siano caratterizzate da elementi di violenza, svolgendo una funzione di tutela preventiva secondo quanto previsto dal decreto-legge 122 del 1993»,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo, in considerazione del grave rischio per la sicurezza e l'ordine pubblico e stanti le recenti aggressioni a carattere fascista, non intenda vietare la manifestazione;

quali iniziative, per quanto di competenza, intenda assumere, per impedire che la città di Roma divenga luogo fertile per l'insediamento di realtà di ispirazione neofascista, xenofoba e razzista.

(3-02873)

Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento

BAROZZINO, DE PETRIS, MINEO, BOCCHINO, PETRAGLIA, CAMPANELLA, CERVELLINI, URAS, MUSSINI, GATTI. – *Al Ministro dello sviluppo economico.* – Premesso che:

il 14 aprile 2016, di fronte agli studenti della LUISS, l'amministratore delegato di Enel, Francesco Starace, ha rilasciato ad avviso degli interroganti alcune dichiarazioni estremamente allarmanti;

l'amministratore delegato ha affermato che, per cambiare un'organizzazione aziendale, è necessario che «un manipolo di cambiatori distrugga fisicamente i gangli' che si oppongono al cambiamento; a tal fine bisogna "creare malessere e poi colpire le persone che si oppongono al cambiamento", in modo da suscitare paura nell'intera organizzazione. Così in pochi mesi l'organizzazione capirà, perché alla gente non piace soffrire»;

considerato che:

tale linguaggio viene utilizzato in un contesto, quello universitario, dove si forma la classe dirigente, che andrà a gestire le relazioni sociali ed economiche del nostro Paese;

esso esprime a giudizio degli interroganti un'idea totalmente opposta a qualsiasi concezione democratica del diritto del lavoro;

l'Enel, pur se quotata in borsa, non è un'azienda privata, ma un'azienda a partecipazione statale,

si chiede di sapere:

quale sia l'opinione del Ministro in indirizzo in relazione alle dichiarazioni di un *manager* che, ad avviso degli interroganti fa strame dei più elementari diritti del lavoro, che suggerisce ai giovani l'uso di «squadre» aziendali per distruggere chi si oppone alla sua visione aziendale e seminare paura nell'intera organizzazione di lavoro;

se ritenga che possa essere questo il linguaggio in uso in un'organizzazione imprenditoriale, degna di un sistema democratico;

se ritenga che possa essere questo l'approccio culturale che un dirigente deve assumere per gestire una struttura aziendale;

se ritenga infine che possa essere questo il metodo che si intende adottare anche in un ente a partecipazione statale.

(3-02871)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

DONNO, CAPPELLETTI, SANTANGELO, MORONESE, PAGLINI, PUGLIA. – *Ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, della salute e delle infrastrutture e dei trasporti.* – Premesso che:

come stabilito nel verbale della conferenza dei servizi istruttoria del 9° settore della Provincia di Taranto del 22 marzo 2016, «con Determinazione Dirigenziale n. 426 del 3.07.2008 e successivi atti modificativi ed integrativi, la Regione Puglia ha rilasciato alla società Ecovalente S.p.A. (ora Linea Ambiente Srl), l'Autorizzazione Integrata Ambientale relativa all'esercizio dell'attività D1, per una volumetria pari a 2.334.000 metri cubi, relativamente all'installazione IPPC: Impianto di smaltimento per rifiuti speciali non pericolosi III° lotto – Loc. Torre Caprarica nel Comune di Grottaglie (TA). In particolare, con la Determinazione Dirigenziale n. 381 del 26.07.2009 (successivamente integrata e modificata con le D.D. n. 17/2014 e D.D. 1/2015), la Regione Puglia inquadra l'intero III° lotto della discarica de quo in sottocategoria ex art. 7 c. 1 lett. C del D.M. 27.09.2010»;

successivamente, «la Società Linea Ambiente Srl, con nota prot. provinciale n. 61849/A del 17.12.2015, presentava istanza per la procedura coordinata VIA/AIA ed autorizzazione paesaggistica» riguardante la modifica sostanziale della discarica III lotto linea ambiente, inquadrata in sottocategoria *ex art. 7, comma 1, lettera c)*, del decreto ministeriale 27 settembre 2010, in località Torre Caprarica a Grottaglie (Taranto);

sul punto, secondo quanto riportato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 19 del 25 febbraio 2016, l'opera riguardava «l'ottimizzazione orografica dei profili attualmente autorizzati e un aumento volumetrico, mantenendo il sedime e la configurazione impiantistica del com-

plesso IPPC esistente e il livello delle performance ambientali su un orizzonte temporale di lungo termine»;

considerato che secondo quanto riportato dal sito «linea-ambiente», «le discariche della società Ecolivante S.p.A (detenuta per l'85% dalla SOB Linea Ambiente con data di acquisizione 1 luglio 2011) sono impianti per lo smaltimento controllato di rifiuti non pericolosi. Le aree di discarica, site in Grottaglie (TA) alla località La Torre Caprarica, sono state ricavate all'interno di bacini esauriti di cava di materiale inerte. Le aree di discarica risultano suddivise in tre lotti: I-II lotto coltivato dal 09/09/1999 al 03/11/2008; attualmente i due lotti risultano essere in fase di copertura provvisoria. Nella Determina AIA n. 250 del 30/04/2008 è dato atto che la capacità complessiva del I e II lotto di discarica risulta essere pari a 1.575.000 m³ lordi. III lotto è entrato in esercizio il 18/08/2008. Il 3° lotto di discarica è costituito da 6 comparti funzionalmente autonomi; dal 2008 al 2011 per i conferimenti dei rifiuti sono stati utilizzati in successione il 1°, 2° e il 3° comparto. Con la Determina AIA n. 426 del 03/07/2008 al III lotto di discarica è stata autorizzata una capacità complessiva pari a 2.334.000 m³ lordi»;

considerato, inoltre, che:

nella perizia tecnica redatta dall'ingegner Sportillo, recante data 20 marzo 2016, presente sul sito istituzionale della Provincia di Taranto e riguardante l'analisi di compatibilità paesaggistico-ambientale del progetto di «Modifica sostanziale A.I.A. impianto esistente-variazione volumetrica mediante adeguamento dei profili altimetrici autorizzati in conformità al dlgs 36/2003» proposto dalla società Linea ambiente Srl, veniva evidenziato che: «analizzando i profili altimetrici della discarica riportati in progetto e quelli esistenti ed in particolar modo con le quote del piano stradale della viabilità provinciale adiacente, si riscontra che, a fronte di un piano strada medio di circa 110 metri sul livello del mare, il profilo della discarica raggiungerà quote superiori anche a 140 metri, quindi con un dislivello finale di oltre trenta metri». All'uopo, «la società proponente nulla dice circa l'impatto che una simile sopraelevazione comporterà sulla visuale panoramica dei luoghi». Infine, la menzionata perizia stabiliva che «l'intervento di ampliamento della discarica sito in c.da "Caprarica" non rientra in nessuno degli interventi di trasformazioni consentiti dal PPTR»;

riguardo all'opera, il documento depositato dal comitato «Vigiliamo per la discarica» recante data 22 marzo 2016, presente sul sito istituzionale della Provincia, riportava che «quella che nella richiesta avanzata da Linea Ambiente viene definita "ottimizzazione orografica dei profili attualmente autorizzati" è in realtà un raddoppio in altezza della volumetria autorizzata». Venivano inoltre fatte presenti una serie di circostanze, quali: «la presenza, ad una distanza minima dalla discarica III Lotto, della condotta idropotabile dell'Acquedotto Pugliese, del Santuario rupestre della madonna delle Grazie e del Centro di riabilitazione per diversamente abili situato nella vicina Masseria "Amici"; l'aumento delle emissioni odorigene, che già recano enorme disagio, dal momento che nella Discarica III Lotto continueranno ad essere smaltiti anche rifiuti ur-

bani (...); il pericolo del bird strike a causa della violazione degli standard di sicurezza internazionali stabiliti dalle norme tecniche dell'Organizzazione Internazionale dell'Aviazione Civile, le quali, per impedire i fenomeni del cosiddetto bird strike, e cioè di impatto degli aerei con volatili, impongono che tra la pista di un aeroporto e qualsiasi discarica di rifiuti e con la sola eccezione delle discariche per rifiuti inerti, ci sia una distanza di almeno 13 Km, mentre la discarica III Lotto dista solo 5.4 Km dall'aeroporto di Grottaglie»;

considerato, infine, che:

con deliberazione n. 8 del 2016 del 29 aprile 2016, il Consiglio comunale di Grottaglie esprimeva «parere contrario alla richiesta formulata dalla Società Linea Ambiente S.r.l., per l'ottimizzazione orografica dei profili attualmente autorizzati, con conseguente aumento dei rifiuti da smaltire»;

inoltre, veniva evidenziata la sussistenza per il sito di una serie di vincoli ambientali e paesaggistici. Inoltre, «tutta l'area interessata dalla discarica ricade nell'ambito delle perimetrazioni dei vincoli aeroportuali, come risultanti dalle mappe di vincolo di cui all'art. 707 del Nuovo Codice della Navigazione (D.Lgs. del 15/03/2006 n. 151) redatte dall'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile relativamente alle aree limitrofe all'Aeroporto "Marcello Arlotta" di Taranto-Grottaglie al fine di garantire la sicurezza della navigazione aerea, conformemente alla normativa tecnica internazionale»;

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti;

quali iniziative di competenza, tenuto conto delle manifeste espressioni di contrarietà alla realizzazione dell'impianto nonché della presenza di ineludibili vincoli ambientali e paesaggistici, intendano adottare allo scopo di tutelare la salute, la sicurezza umana e la navigazione aerea;

se non intendano attivarsi con urgenza, presso le amministrazioni competenti, affinché sia opportunamente vagliata la compatibilità delle modifiche con la normativa vigente, in un'ottica di tutela dei cittadini e del territorio sotto il profilo ambientale, paesaggistico e urbanistico.

(4-05834)

PUGLIA, BERTOROTTA, DONNO, PAGLINI, MORONESE, CASTALDI, BLUNDO, NUGNES, FATTORI, SCIBONA, CRIMI. – *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* – Premesso che:

in data 2 dicembre 2015, l'Inps, con messaggio n. 7263, ha indetto una procedura di selezione per la copertura di un «incarico dirigenziale di livello non generale» per posto di funzione di «Ufficio Stampa», rivolta a soggetti non di ruolo dell'istituto, ai sensi dell'art. 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001, testo unico del pubblico impiego, a seguito dell'esito negativo delle procedure di interpello interne;

i requisiti richiesti ai candidati erano quelli di essere in possesso di una formazione universitaria non inferiore alla laurea specialistica o magistrale ovvero al diploma di laurea conseguito secondo l'ordinamento didat-

tico previgente al regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica n. 509 del 1999; essere iscritti all'ordine dei giornalisti, elenco professionisti; possedere un'età anagrafica non superiore a 65 anni (art. 33, comma 3, del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 248 del 2006, circolare n. 4/2015 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione);

i candidati, secondo la procedura di selezione dell'Inps, hanno partecipato ad una prova selettiva scritta e ad un successivo colloquio con la commissione esaminatrice composta dal direttore generale, dal direttore centrale Risorse umane e da due giornalisti professionisti; la prova scritta era volta ad accertare, oltre alle attitudini precipue della funzione giornalistica, la conoscenza, tra l'altro, del ruolo storicamente svolto dall'Inps nonché la capacità di redazione di comunicati e di coordinamento e gestione dei flussi delle informazioni riferite all'istituto da e verso l'esterno; considerato che:

secondo quanto si apprende dal quotidiano di informazione *online* «La Notizia Giornale» del 26 febbraio 2016, alla prova scritta del concorso, aperto agli esterni, si sono iscritti 200 giornalisti, mentre 133 sono coloro che l'hanno sostenuta in data 18 dicembre 2015;

l'11 gennaio 2016 l'Inps ha comunicato che i candidati ammessi alla fase finale erano 5;

nel mese di febbraio, uno dei suddetti candidati è stato dichiarato vincitore dai 4 esaminatori, come riportato dal quotidiano «Libero» del 30 aprile 2016;

l'Inps, contattato il 25 febbraio 2016 da «La Notizia Giornale», ha affermato che le prove «sono tuttora in corso in quanto la dirigenza sta valutando le azioni da intraprendere in esito al procedimento svolto»;

inoltre, creando opacità sull'eventuale assunzione del vincitore della selezione, l'8 febbraio l'Inps ha deciso di indire un'ulteriore procedura, stavolta per l'affidamento di un incarico di collaborazione temporanea (a titolo gratuito) a persone esterne all'Inps nell'ambito della costituzione di un *advisory board* in materia di comunicazione istituzionale;

da notizie di stampa, pubblicate sul quotidiano «Libero» in data 30 aprile, sembrerebbe che il neo vincitore del concorso sia in attesa, da 3 mesi, di essere ufficializzato e collocato, e che l'Inps avrebbe bloccato l'assunzione in quanto il suo presidente, Tito Boeri, avrebbero confidato nella vittoria di un altro candidato, respinto già nella prima fase;

l'Inps avrebbe in ultimo contattato la società «Signium Intelligence & Intuition», azienda *leader* nell'individuazione di figure manageriali, che si sarebbe dichiarata disposta a selezionare un «responsabile media relations» che probabilmente andrà a sostituire la figura selezionata tramite pubblico bando per l'incarico dirigenziale di livello non generale per l'ufficio stampa;

se l'Inps stipulerà tale accordo il compenso per la realizzazione della selezione ammonterebbe a 40.000 euro al netto di Iva, a cui si ag-

giungerebbe un 10 per cento forfettario quale rimborso spese per i viaggi internazionali dei candidati;

considerato infine che, a parere degli interroganti:

la *spending review* deve riguardare tutte le amministrazioni pubbliche soggette alla vigilanza dei Ministeri al fine di rimuovere sprechi di denaro pubblico;

l'indizione di una procedura di selezione e la sua relativa conclusione con l'individuazione dell'unico candidato che ha superato le prove deve essere rispettata, pena il rischio di vedere soccombere l'Inps in un giudizio per il riconoscimento della validità della selezione pubblica e quindi del conferimento del posto. Il conferimento di incarichi dirigenziali nell'ambito di un'amministrazione pubblica difatti deve avvenire previo esperimento di un pubblico concorso,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti;

quali iniziative intenda intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, per evitare che l'Inps possa essere esposto a spese non previste nel caso di ricorsi, che a parere degli interroganti potrebbero vederlo soccombere, per il riconoscimento della validità della selezione pubblica e quindi del conferimento del posto funzione;

se corrisponda al vero che, nonostante ci sia un vincitore della procedura di selezione indetta dall'Inps con messaggio n. 7263 del 2 dicembre 2015, ad oggi lo stesso non sia stato ancora nominato e sia quindi ancora in attesa di conferimento dell'incarico;

se risulti che l'Inps abbia stretto accordi con la società «Signium Intelligence & Intuition» per la selezione di un «responsabile media relations»;

quali siano stati i costi diretti ed indiretti della selezione pubblica, e quale sia l'elenco analitico delle singole voci che hanno concorso all'effettuazione del calcolo.

(4-05835)

STEFANI. – *Ai Ministri dell'interno e per la semplificazione e la pubblica amministrazione.* – Premesso che:

il CONAPO, sindacato autonomo dei Vigili del fuoco, è in stato di agitazione per denunciare la situazione lavorativa cui sono sottoposti i Vigili del fuoco;

l'interrogante ha incontrato esponenti del CONAPO di Vicenza che lamentano una grave sperequazione del trattamento retributivo (300 euro al mese in meno) rispetto agli appartenenti agli altri Corpi dello Stato e la mancanza delle tutele previdenziali riconosciute invece alle forze armate e di polizia per il personale impiegato nei servizi operativi oltre a necessità di ammodernare il parco automezzi in uso a Vicenza, ormai datato, specialmente per le autobotti e autogru;

la diversità di trattamento appare ancor più paradossale se si considera che i Vigili del fuoco risultano essere ai primi posti nel gradimento

degli italiani, quanto ad efficienza, e che sono sottoposti ad un rischio lavorativo non comune;

il sindacato chiede di usufruire del medesimo trattamento mediante l'inserimento del Corpo nel «comparto sicurezza» applicando le norme di equiparazione delle retribuzioni già in uso nelle forze di polizia ai sensi dell'art. 43 della legge n. 121 del 1981, o, in subordine, di estendere anche ai Vigili del fuoco, con specifici provvedimenti legislativi di attuazione dell'art. 19 della legge n. 183 del 2010 sulla specificità lavorativa, taluni istituti retributivi e pensionistici già riservati alle forze armate e di polizia;

in particolare, il CONAPO chiede di istituire per i Vigili del fuoco (compresi i funzionari direttivi) lo scatto dell'assegno funzionale ai 17, 27 e 32 anni di servizio, già dal 1987 in godimento agli appartenenti alle forze di polizia ad ordinamento civile (art. 6 del decreto-legge n. 387 del 1987, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 472 del 1987), di perequare tutti gli importi dell'indennità di rischio agli importi dell'indennità pensionabile attualmente corrisposta alle analoghe qualifiche degli appartenenti alle forze di polizia ad ordinamento civile, di istituire i 6 scatti aggiuntivi utili sull'importo della pensione nella misura già corrisposta, sin dal 1987, agli appartenenti alle forze di polizia ad ordinamento civile (art. 6-*bis* del decreto-legge n. 387 del 1987) di istituire per il personale in uniforme dei Vigili del fuoco l'aumento di servizio ai fini pensionistici di un anno ogni 5, così come già corrisposto, sin dal 1977, agli appartenenti alle forze di polizia ad ordinamento civile (art. 3, comma 5, della legge n. 284 del 1977), e di istituire per il personale in uniforme direttivo e dirigente gli aumenti retributivi rispettivamente ai 13 e 23 e ai 15 e 25 anni di servizio, come attualmente già corrisposti (sin dal 1981) alle medesime qualifiche direttive e dirigenziali degli appartenenti alle forze di polizia ad ordinamento civile (art. 43, commi 22 e 23, e art. 43-*ter* della legge n. 121 del 1981);

al fine del reperimento delle risorse finanziarie occorrenti, il sindacato chiede di utilizzare i risparmi di spesa derivanti dall'attuazione della legge n. 124 del 2015 relativa alla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche,

si chiede di sapere:

in che modo i Ministri in indirizzo intendano rispondere alla giusta rivendicazione di parità di trattamento retributivo e pensionistico richiesta a gran voce dai Vigili del fuoco aderenti al CONAPO;

in che modo intendano rispondere alle richieste di ammodernamento del parco automezzi dei Vigili del fuoco, anche riguardo al comando provinciale di Vicenza.

(4-05836)

ARACRI, FASANO, GASPARRI. – *Al Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione.* – Premesso che:

la legge 7 agosto 2015, n. 124, recante «Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», è stata pub-

blicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 187, in data 13 agosto 2015, e oggi sta producendo i suoi effetti;

l'articolo 8, comma 1, lettera *a*), ha previsto, tra l'altro, l'eventuale assorbimento del Corpo forestale dello Stato in altre forze di polizia;

il Consiglio dei ministri, nel corso della riunione n. 101 del 20 gennaio 2016, ha approvato, in sede di esame preliminare, uno schema di decreto legislativo (in attesa del relativo parere del Consiglio di Stato) recante altresì un eventuale spacchettamento del Corpo forestale dello Stato tra diverse forze di polizia;

la Conferenza unificata, il 3 marzo, ha espresso parere favorevole allo schema di decreto legislativo inerente all'assorbimento del Corpo forestale dello Stato, formulando un'ipotesi emendativa volta alla possibilità di inserire tra le amministrazioni presso cui ricollocare il personale del Corpo anche i Corpi forestali delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome,

si chiede di sapere:

quali orientamenti intenda esprimere in riferimento a quanto esposto e, conseguentemente, quali iniziative voglia intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, preso atto che l'organico del Corpo forestale dello Stato è, oramai, disgregato, per ricollocarlo nelle varie amministrazioni deputate ad accoglierlo;

se non ritenga di autorizzare il personale dei ruoli del Corpo a transitare anche in altre amministrazioni pubbliche, ovvero in quelle dell'ultimo elenco stilato dall'Istat (pubblicato in data 30 settembre 2015 nella *Gazzetta Ufficiale*), anche in sovrannumero, così come è stato consentito ai dipendenti della Croce rossa, ai sensi dell'articolo 1, comma 397, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

(4-05837)

ARACRI, RAZZI, BERNINI, SERAFINI, PAGNONCELLI, SCILIPOTI ISGRÒ, D'AMBROSIO LETTIERI, PICCOLI, AMIDEI, BOCCARDI, PELINO, BERTACCO, CARIDI, PERRONE, GASPARRI, MALAN, TARQUINIO. – *Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti, per la semplificazione e la pubblica amministrazione, dell'interno e per gli affari regionali e le autonomie.* – Premesso che:

in data 5 aprile 2016, il commissario straordinario di Roma capitale, prefetto Francesco Paolo Tronca, ha nominato 6 nuovi membri della propria segreteria tecnica e ne ha escluso l'avvocato Francesca Rango;

in data 16 maggio, il direttore generale dell'Azienda per i trasporti autoferrotranviari del Comune di Roma (ATAC), con ordine di servizio n. 7, ha nominato l'avvocato Rango direttore del personale;

tale nomina è avvenuta per «distacco» da Trenitalia producendo, di conseguenza, un aggravio di costi per le casse pubbliche, poiché non si sarebbe proceduto secondo la normativa vigente;

le modalità stabilite da Roma capitale per la copertura delle posizioni prevedono 3 diverse fasi: la prima avviene attraverso una ricerca interna all'azienda; la seconda prevede la ricerca fra le società del gruppo

Roma capitale e la terza, attivabile in seguito all'esito negativo delle prime 2, stabilisce che, ove ricorrano le condizioni di sostenibilità per l'azienda, si possa procedere attraverso una ricerca esterna;

da notizie in possesso degli interroganti, nulla di quanto previsto sarebbe stato attuato, perciò si ritiene necessario comprendere sulla base di quali ragioni sia stato possibile, da parte di un commissario straordinario e un direttore generale, procedere alla nomina di un direttore del personale, non osservando alcuna delle procedure previste da Roma capitale;

a giudizio degli interroganti, la procedura sarebbe incongrua, poiché risulta singolare che non sia emersa, già dalla ricerca interna all'ATAC ove all'organico risultano 49 dirigenti e 60 quadri, una personalità in grado di ricoprire il ruolo affidato all'avvocato Francesca Rango,

si chiede di sapere:

quali orientamenti i Ministri in indirizzo intendano esprimere in riferimento a quanto esposto in premessa e, conseguentemente, quali iniziative vogliano intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, per comprendere le ragioni della nomina del nuovo direttore del personale ATAC;

se siano a conoscenza, ciascuno per le proprie competenze, di quali siano gli accordi fra Trenitalia e ATAC per il distacco, nonché in merito alla durata e ai costi aggiuntivi;

a quanto ammontino i costi per il funzionamento della segreteria tecnica del commissario straordinario di Roma capitale.

(4-05838)

RANUCCI. – *Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti, dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e della salute.* – Premesso che:

il *pet coke* è un carbone ricavato dalla carbonizzazione, ad elevata temperatura di ebollizione, delle frazioni prodotte durante la distillazione del petrolio; si ottiene dal *coking*, un processo di raffinazione dal quale, mediante piroschissione e successiva polimerizzazione, frazioni petrolifere pesanti vengono convertite in prodotti leggeri (gas e benzine), distillati medi e *coke* residuo;

in Italia, nonostante le note proprietà inquinanti, con il decreto-legge n. 22 del 2002, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 82 del 2002, il *pet coke* può essere utilizzato, a determinate condizioni, come combustibile; come riporta Assocarboni, il *pet coke* viene «destinato ad un uso energetico (come combustibile in raffineria, nella generazione elettrica, nell'industria del cemento, nell'industria del biossido di titanio, eccetera), mentre la quota restante viene utilizzata in settori non energetici (industria dell'alluminio, calcinazione, ferro e acciaio, eccetera)»;

questo materiale, contenente una miscela di sostanze tossiche ed altamente cancerogene, viene movimentato nel porto commerciale di Gaeta (Latina) e viene trasportato tramite *camion* muniti di semplici teloni a copertura che, transitando per le arterie principali, attraversano i comuni di Formia e Minturno fino al deposito di Sessa Aurunca (Caserta);

le modalità di trasporto non impediscono, di fatto, il rilascio di materiale altamente inquinante e dannoso nell'ambiente circostante sia sotto forma di deposito sia sotto forma di polveri sottili in atmosfera;

è stato reso noto attraverso gli organi di stampa, le denunce delle associazioni del sud pontino, le segnalazioni dei cittadini, gli esposti e il ricorso di Legambiente alla Commissione europea, che in tutte queste operazioni di carico, scarico e trasporto non vengono rispettate le norme di sicurezza e il *pet coke* viene trasportato senza le dovute misure poste a tutela dell'ambiente e della salute dei cittadini;

considerato che:

il porto commerciale di Gaeta è un terminale di merci che, se non adeguatamente movimentate, possono causare ingenti problemi di inquinamento e gravi danni alla salute;

a giudizio dell'interrogante, l'obiettivo da perseguire è la realizzazione di un porto commerciale che risponda allo sviluppo socioeconomico del territorio nel rispetto dell'ambiente e della salute dei cittadini;

coniugare la tutela dell'ambiente e della salute con lo sviluppo socioeconomico dei sistemi locali significherebbe, ad opinione dell'interrogante, predisporre le basi per conseguire un corretto sviluppo sostenibile, si chiede di sapere:

se quanto si apprende dagli organi di stampa corrisponda al vero;

quali disposizioni i Ministri in indirizzo intendano adottare, ciascuno per le parti di propria competenza, al fine di vigilare sul corretto svolgimento delle attività di movimentazione del *pet coke* e sull'adeguatezza dei mezzi di trasporto;

quali misure straordinarie intendano adottare, qualora si accertasse la violazione delle norme e la presenza di aree inquinate, al fine di avviare un'immediata bonifica del territorio per garantire il rispetto dell'ambiente e la salute dei cittadini.

(4-05839)

ZIZZA. – *Ai Ministri dello sviluppo economico, del lavoro e delle politiche sociali, dell'interno, dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e per gli affari regionali e le autonomie.* – Premesso che:

la città di Brindisi rischia, a fronte della delicatissima questione legata alla raccolta e allo smaltimento dei rifiuti, di vivere una gravissima crisi sanitaria ed ambientale, così come già accaduto nel recente passato;

il Comune di Brindisi, in vista della scadenza dell'affidamento del servizio, ha indetto una procedura competitiva che attualmente è oggetto di un contenzioso presso il Tar;

il commissario, non potendo prorogare l'affidamento del servizio, anche alla luce delle recenti determinazioni assunte dall'Anac in materia, ha indetto una nuova gara che è andata deserta;

il 18 maggio 2016 è cessato l'affidamento alla società Ecologica pugliese, che svolgeva nella città brindisina il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti solidi urbani e il servizio, in via straordi-

naria, è stato affidato alla municipalizzata barese, Amiu, tramite delibera comunale;

il Comune ha deciso di sottoporre la vicenda alla Regione Puglia, in qualità di commissario dell'Oga e al sindaco di Bari Antonio De Caro per cercare di avviare un dialogo con la municipalizzata barese tramite un affidamento diretto;

il Comune di Brindisi, pertanto, con delibera del commissario Cesare Castelli, ha disposto l'affidamento diretto all'Amiu per 180 giorni, rinnovabili, affidando alla società gli impianti di proprietà del Comune;

in data 17 maggio 2016, con ordinanza n. 10, il commissario prefettizio ha disposto una proroga di giorni 20, con decorrenza 18 maggio, in favore di Ecologica pugliese, al fine di garantire ad Amiu la possibilità di organizzare il servizio che, salvo imprevisti, dovrebbe iniziare il giorno 7 giugno;

l'Amiu dovrà gestire sia l'impianto di CDR di via Pandi, sul quale la Procura non ha ancora chiuso l'inchiesta per corruzione contestata a Luca Screti, ex amministratore unico della Nubile e all'ex sindaco di Brindisi, Mimmo Consales, sia l'impianto di Autigno, sito sotto sequestro per inquinamento della falda;

i lavoratori attualmente in forza ad Ecologica pugliese, in data 7 maggio 2016, hanno ricevuto comunicazione di licenziamento per giustificato motivo con decorrenza 17 maggio 2016, data in cui è prevista la scadenza dell'ultimo affidamento fatto dal Comune di Brindisi in favore dell'azienda;

l'affidamento del servizio ad Amiu non garantisce ai 240 dipendenti la continuità occupazionale e pertanto essi potrebbero andare incontro alla perdita dell'occupazione e demansionamenti con notevoli ripercussioni sulla qualità del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza della situazione;

se l'affidamento temporaneo sia compatibile con la normativa nazionale e comunitaria di settore;

quali provvedimenti intendano adottare, al fine di tutelare i lavoratori del settore igiene urbana di Brindisi e garantire loro una continuità occupazionale e reddituale anche mediante il riconoscimento di ammortizzatori sociali in deroga;

quali provvedimenti intendano adottare, per limitare l'insorgere di gravi rischi per la salute pubblica e l'ambiente in un'area fortemente critica.

(4-05840)

CARDIELLO. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'interno e della giustizia.* – (Già 3-02276).

(4-05841)

CARDIELLO. – *Al Ministro dell'interno.* – (Già 3-02320).

(4-05842)

MUNERATO. – *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* –
Premesso che:

l’Inps, con circolare n. 79 del 2015, ha escluso che le imprese operanti nel settore dell’artigianato e che applicano il contratto collettivo nazionale panificatori possano essere ricomprese nell’ambito di applicazione del fondo di solidarietà residuale, oggi fondo di integrazione salariale (circolare Inps del 4 febbraio 2016, n. 22);

l’istituto previdenziale ritiene, infatti, che tutti i datori di lavoro classificati con il codice statistico contributivo identificativo dell’artigianato, a prescindere dal contratto collettivo applicato, debbano essere assoggettati al regime del fondo di solidarietà bilaterale per l’artigianato (FSBA), che è un fondo di natura privatistica costituito da altre organizzazioni datoriali private, che hanno stipulato per i loro aderenti un altro contratto di lavoro;

tale interpretazione dell’ente pensionistico comporta, di fatto, l’obbligo per tutte le aziende che applicano il contratto panificatori ad aderire ad una disciplina contrattuale e ad una bilateralità diversa da quella del contratto collettivo liberamente e legittimamente scelto dalle singole aziende, in palese violazione del principio costituzionale di libertà e pluralismo sindacale,

si chiede di sapere quali siano le ragioni di tale esclusione operata dall’Inps nei riguardi delle imprese che applicano il contratto collettivo panificatori ai fini dell’accesso al fondo di integrazione salariale e se e quali provvedimenti, nell’ambito delle proprie competenze, il Ministro in indirizzo intenda adottare nei confronti dell’ente vigilato, l’Inps, in ordine alla corretta individuazione dell’ambito di applicazione del fondo.

(4-05843)

Interrogazioni, da svolgere in Commissione

A norma dell’articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

2ª Commissione permanente (Giustizia):

3-02868, delle senatrici Ricchiuti e Capacchione, sulla probabile influenza della criminalità su un concorso per agenti di Polizia penitenziaria;

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):,

3-02870, dei senatori Vacciano ed altri, sulla catalogazione dei beni contenuti nei 419 «plichì» nel *caveau* della Banca d’Italia in via dei Mille a Roma;

7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport):

3-02867, dei senatori Arrigoni e Centinaio, sulla pubblicità delle circolari ministeriali 2015 e 2016 sui rimborsi per immobili storici restaurati;

12ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

3-01926, della senatrice Fasiolo, sull'inserimento della sarcoidosi tra le malattie rare riconosciute.