



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 25**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INTERROGAZIONI**

**25<sup>a</sup> seduta: mercoledì 13 febbraio 2019**

**Presidenza del presidente SILERI**

**I N D I C E****INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 8 e <i>passim</i>
BELLANOVA (PD) . . . . .	8
BINI (PD) . . . . .	10
COLETTO, sottosegretario di Stato per la salute . . . . .	3, 7, 9
SICLARI (FI-BP) . . . . .	5
ALLEGATO (contiene i testi di seduta) . . . . .	11

---

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

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia-Berlusconi Presidente: FI-BP; Fratelli d'Italia: FdI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB; Misto-PSI: Misto-PSI.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Coletto.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11,40.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-00015, presentata dal senatore Siclari.

COLETTI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In via preliminare, rilevo che il Ministero della salute è ben consapevole, da tempo, delle criticità rappresentate dall'interrogante, nonché della più generale situazione dell'area territoriale di Reggio Calabria, la cui sanità è – come noto – sottoposta al controllo dei Ministeri affiancanti (Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute).

In relazione allo specifico territorio della Locride, va innanzitutto precisato che l'assetto organizzativo programmato dalla Regione dal 2016 – che assegna al presidio ospedaliero di Locri il ruolo di dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) di I livello – non risulta ancora a regime. Tale presidio avrebbe dovuto assumere un ruolo rilevante nell'ambito della rete ospedaliera disegnata per l'area territoriale afferente alla Provincia di Reggio Calabria, con l'attribuzione di precise funzioni strategiche, quali il ruolo di *spoke* nell'ambito delle reti tempo dipendenti per l'infarto miocardico acuto, per i politraumi e per l'*ictus*, oltre che delle reti specialistiche.

La qualificazione delle attività assegnate prevedeva un incremento dei volumi delle unità operative a maggiore complessità, a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure.

Proprio in relazione ai fatti segnalati nell'interrogazione in esame, il Ministero della salute ha ritenuto peraltro di effettuare due ispezioni presso l'ospedale di Locri e l'azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria. Dalle visite ispettive è emersa una preoccupante carenza di *governance* dell'intera azienda sanitaria provinciale, sia quanto alla gestione

economico-patrimoniale, sia per gli aspetti di natura sanitaria; criticità che, senza dubbio, si riflettono sulla qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti e alla popolazione. Inoltre, presso l'ospedale di Locri, la visita ispettiva ha fatto emergere serie problematiche legate alla dotazione del personale e dei posti letto, che in alcuni reparti sono stati ridotti. Tale situazione non è stata invece ravvisata in altri reparti a indirizzo medico e materno-infantile, che sono apparsi in discrete condizioni di funzionalità e di *comfort* alberghiero.

Ulteriori criticità sono, inoltre, emerse rispetto agli aspetti logistico-strutturali. A tale specifico riguardo, ricordo che con decreto del Ministero della salute del 15 febbraio 2016 è stato ammesso a finanziamento l'intervento denominato «Ristrutturazione e messa a norma del Presidio ospedaliero di Locri». In relazione a tale intervento, la Regione Calabria ha formulato una richiesta di proroga nel mese di novembre 2017, che è stata autorizzata fino al 31 dicembre 2018 per l'aggiudicazione dei lavori.

In via più generale, la carenza di processi di interazione tra le articolazioni aziendali centrali che hanno sede presso l'ASP di Reggio Calabria e il presidio ospedaliero rappresenta un significativo elemento di difficoltà nel governo delle competenze ospedaliere, che per loro stessa natura necessitano di interventi organizzativo-gestionali rapidi, mirati e temporalmente congrui riguardo alle problematiche emergenti.

Il continuo intervento posto in essere nell'azione di verifica e di monitoraggio, oltre all'attività ispettiva svolta, non ha però avuto riscontro nelle iniziative, da parte della Regione, volte al superamento delle criticità evidenziate, che anzi hanno determinato la mancata assegnazione delle premialità relative agli anni 2015 e 2016, penalizzando ulteriormente le possibili azioni di recupero dell'efficienza gestionale dell'amministrazione sanitaria.

Ciò posto, ritengo utile riportare anche le notizie acquisite dalla prefettura-ufficio territoriale del governo di Reggio Calabria, che ha svolto in questi anni una funzione molto importante al fine di dare risposte alla cittadinanza in merito alle criticità di cui si è detto.

Già nel novembre del 2017, presso la prefettura di Reggio Calabria si insediava, infatti, un tavolo – cui partecipavano anche il commissario e il subcommissario *ad acta* per la sanità della Regione Calabria – finalizzato a esaminare le questioni connesse all'ospedale di Locri, concernenti in particolare la carenza di organico del personale medico e paramedico, il fabbisogno di risorse tecnologiche e la ristrutturazione dei locali. Anche grazie a questo ulteriore momento di confronto, il Ministero della salute ha dunque avuto conferma delle importanti criticità, segnalate anche dall'interrogante, che motivavano la convocazione di un ulteriore tavolo ministeriale, avutosi nel dicembre del 2017, all'esito del quale veniva disposta la visita ispettiva nell'ospedale di Locri di cui si è già detto.

Inoltre, a livello locale si sono svolti ulteriori incontri, in cui sono stati ribaditi i disagi e le difficoltà che affronta l'utenza per accedere alla fruizione dei servizi sanitari di base e sono state evidenziate l'insufficienza della diagnostica, la mancanza di servizi di assistenza domiciliare

in favore dei soggetti più deboli e la carenza di un'ideale rete territoriale di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di guardia medica.

In relazione, infine, all'episodio del decesso di un bambino, avvenuto il 26 maggio 2017 presso l'ospedale Santa Maria degli Ungheresi di Polistena, richiamato nell'interrogazione in esame, la stessa prefettura ha comunicato che, a seguito della denuncia sporta dal padre del bimbo, la procura della Repubblica di Palmi ha instaurato un procedimento penale a carico di ignoti per l'ipotesi di reato di cui all'articolo 589 del codice penale (omicidio colposo).

Concludo assicurando che le criticità rilevate nella Locride e negli ambiti dell'azienda ospedaliera di Reggio Calabria sono note e già più volte verificate da questo Ministero, che intende rafforzare il rapporto di collaborazione con la struttura commissariale di recente insediata in Calabria, proprio al fine di definire insieme un articolato percorso rivolto al completo superamento di tutte le criticità segnalate.

SICLARI (*FI-BP*). Ringrazio il sottosegretario Coletto per aver illustrato, nella sua risposta, tutto il lavoro che avete fatto fino ad oggi; mi permetto però di dire che sono decisamente insoddisfatto, perché non si può essere soddisfatti se si va a vedere cosa sta accadendo oggi all'ospedale di Locri.

Ormai ha fatto notizia ovunque, ne hanno parlato ieri a «Striscia la notizia», ne hanno parlato qualche settimana fa anche a «Le Iene» e l'ho denunciato io nove mesi fa con questa interrogazione. Ho riportato e denunciato più volte, nel corso dei miei interventi in Senato, la gravità sostanzialmente dell'assistenza sanitaria territoriale soprattutto all'ospedale di Locri. Oggi, a distanza di nove mesi da questa interrogazione, la situazione è decisamente peggiorata.

Come faccio a essere soddisfatto quando ci sono sei ascensori, come ho denunciato già nove mesi fa, di cui cinque sono guasti e quattro sequestrati (quindi non possono essere nemmeno aggiustati)? Come faccio a essere soddisfatto quando ho denunciato mesi fa che ci sono tre ambulanze, delle quali due non funzionano e una cammina con oltre 500.000 chilometri a motore? Come faccio a essere soddisfatto quando i macchinari per la risonanza magnetica e la TAC non funzionano, come ho denunciato anche in presenza di Scura, che ho portato in questa Commissione? A proposito, ringrazio ancora i membri della Commissione per l'audizione di Scura, perché poi, dopo tanto lavoro fatto in questa Commissione, siamo riusciti a capire quanto grave è la situazione dell'assistenza sanitaria in Calabria, poiché risulta inadempiente, inefficiente e inefficace sotto tutti i punti di vista, non riesce a garantire i livelli essenziali di assistenza e questo ha comportato poi la sostituzione del commissario Scura con la nomina di Cotticelli che ad oggi – a quanto mi consta – risulta non pervenuto, per quanto riguarda le soluzioni. Ci troviamo con una TAC che non funziona da più di un anno, con una risonanza magnetica che non funziona.

Per chi non lo sapesse, la Locride ha un bacino di abitanti di 132.000 persone, con oltre 40 Comuni, per cui per arrivare all'ospedale di Locri

bisogna attraversare alcuni Comuni. Oltretutto, si ha la sorpresa di arrivare al pronto soccorso di Locri e scoprire che i macchinari per la TAC e la risonanza magnetica non funzionano, quando magari occorre una diagnosi salvavita per diagnosticare un *ictus* cerebrale o un'emorragia cerebrale, che come sapete hanno una sintomatologia simile ma comportano terapie decisamente opposte, per cui senza una risonanza magnetica o una TAC il paziente muore, se in quel momento non viene fatta una diagnosi. Sapete dove si trova l'ospedale più vicino con un pronto soccorso accessibile, dove funzionano gli strumenti? A Reggio Calabria, che dista 134 chilometri da Locri.

Il problema non è la TAC che non funziona, ma il fatto che quel territorio sia completamente scoperto. È come se qualcuno di noi, presente oggi in Commissione, stesse male e, portato in un ospedale qui vicino, scoprisse, dopo tanto tragitto e tanta fatica, che proprio nella struttura in cui ha chiesto assistenza mancano i macchinari per la TAC e la risonanza magnetica necessari a fare una diagnosi salvavita, e lo dirottassero così in Abruzzo (magari a L'Aquila, a circa 140 chilometri di distanza), oppure, guardando verso Nord, in Toscana, oppure a Terracina.

È dunque possibile che da nove mesi non si riesca a prendere provvedimenti e che non riesca a farlo il Ministro, che nel Governo è la massima istituzione in materia, a cui noi, senatori e deputati, ci rivolgiamo per affrontare un dramma che stanno vivendo i cittadini della Calabria e dell'intero Sud Italia? È possibile che ci si trovi ancora qui a discutere di problemi che si sarebbero potuti affrontare nove mesi fa, con provvedimenti straordinari? Un bambino non può morire perché non c'è la possibilità di fare una TAC. Siamo disposti a fare sacrifici e ad impegnarci (lo dica al suo collega, il ministro Bussetti), ma non possiamo certo sacrificare la vita di un nostro familiare o di un nostro concittadino perché la politica non dà risposte. Già sacrificiamo il lavoro, perché andiamo fuori per lavorare, e sacrificiamo le nostre famiglie, perché le lasciamo a diciotto anni: non possiamo pure lasciare la nostra vita perché il Governo non dà risposte immediate.

Concludendo, consiglio al signor Sottosegretario – lo dico con il cuore in mano – di uscire dalla Commissione e di andare dal Ministro, a nome di tutti i calabresi, di tutti i cittadini del Sud e di tutti gli italiani. Siamo italiani e lei rappresenta il Governo: paghiamo l'IRPEF e abbiamo diritto alla sanità. Vada dunque dal Ministro e risolvetelo immediatamente il problema della TAC, della risonanza magnetica e dell'ascensore: non stiamo certo parlando di costruire una città o grandi ospedali. Risolvetelo subito, altrimenti saremo costretti, per salvare i più deboli, a venire tutti al Ministero della salute: i sindaci, gli amministratori della Calabria di qualunque colore politico e i cittadini. Non ce ne andremo finché non risolverete queste emergenze, che stanno portando a morire chi potrebbe avere un'assistenza che gli consentirebbe invece di essere salvato. Mi dispiace dirle che, finché tali problemi non saranno risolti, sarò continuamente presente e solleverò sempre il caso. Mi dispiace, ma non vi lascerò lavorare su altre situazioni.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-00039, presentata dalla senatrice Bellanova.

COLETTO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alle questioni poste dall'atto ispettivo in esame, premetto che il Ministero della salute ha appreso di recente, nel corso di una riunione a cui hanno preso parte rappresentanti della Regione Puglia, concernente la verifica effettuata sullo stato di attuazione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) regionali e finalizzata alla specifica indagine della Corte dei conti, la volontà di quella Regione di modificare il proprio programma regionale. Tale intenzione, tuttavia, non è stata ancora formalizzata in una richiesta a questo Ministero, quindi non vi è stata necessità di valutare, ed eventualmente adottare, alcun atto di autorizzazione.

Per corrispondere dunque al quesito posto dalla senatrice interrogante è necessario riferirsi agli elementi informativi trasmessi dalla Regione Puglia proprio in occasione dell'esame di questo atto ispettivo. Innanzitutto la Regione Puglia ha inteso rammentare di aver approvato, già nel 2013, un primo programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), che prevedeva la realizzazione di tre REMS presso gli ospedali dismessi di Torremaggiore, Mottola e Ceglie Messapica, quest'ultima in provincia di Brindisi.

Tale programma, tuttavia, ha ricevuto fin dall'inizio contestazioni da parte delle popolazioni e delle amministrazioni locali coinvolte, a cui sono seguiti anche taluni contenziosi giudiziari. A seguito di tali contestazioni, la Regione ha avviato con le competenti ASL interlocuzioni tese alla valutazione di soluzioni alternative, pervenendo, con la deliberazione della giunta regionale n. 1841 del 2014, alla rimodulazione del programma iniziale e alla riduzione a due del numero di REMS.

Nello specifico, la giunta regionale, con la citata delibera, ha approvato il progetto relativo alla realizzazione della prima REMS di Carovigno e ha demandato a successivi atti programmatori l'individuazione della seconda REMS regionale. Successivamente, in esito alla diffida della Presidenza del Consiglio dei ministri del 21 ottobre 2015 a garantire, entro trenta giorni, la presa in carico dei residenti internati negli OPG, la Regione Puglia ha disposto che, nelle more dell'attivazione della REMS definitiva, la ASL di Brindisi provvedesse immediatamente, anche attraverso l'affidamento della gestione a operatori economici privati, ad attivare una REMS transitoria, poi attivata a partire dal 1° giugno 2016.

Nel contempo, tuttavia, si registrava una reiterata inerzia dell'amministrazione comunale di Carovigno, che non rilasciava né il necessario permesso di costruire richiesto dagli uffici tecnici della ASL di Brindisi, né la riclassificazione delle aree ricadenti in alta pericolosità idraulica, per la quale lo stesso Comune non aveva provveduto a svolgere gli adempimenti previsti per l'aggiornamento del piano di assetto idrologico, pure richiesti dalla medesima ASL. Inoltre, nessun riscontro veniva fornito dal-

l'amministrazione comunale alla ASL sullo stato dell'arte dei procedimenti amministrativi in atto.

Pertanto, in considerazione della situazione di stallo e permanendo la necessità di provvedere a realizzare la REMS nel territorio della provincia di Brindisi, la Regione Puglia ha optato per una soluzione alternativa, di concerto con l'ASL di Brindisi, prevedendo, all'interno del protocollo interistituzionale di approvazione della riconversione dell'ospedale civile di San Pietro Vernotico in presidio territoriale di assistenza, nell'ambito delle attività dell'area salute mentale, la realizzazione della REMS definitiva pubblica, con venti posti letto.

Tutto ciò, altresì, in linea con le indicazioni emerse dalla relazione finale sull'attività svolta dal commissario *ad acta*, e presentata dallo stesso nella riunione dell'organismo nazionale di coordinamento del superamento degli OPG, in cui il commissario, avendo verificato che sino a quel momento erano state attivate dalle Regioni solo strutture provvisorie, ha fornito indicazioni e criteri a cui attenersi nell'attivazione delle REMS definitive, evidenziando anche la possibilità di un ripensamento delle progettualità approvate.

Bisogna peraltro evidenziare che il predetto protocollo interistituzionale è stato recepito dalla ASL di Brindisi che, alla luce dell'ampia condivisione della scelta della nuova allocazione, ha avviato le ulteriori procedure amministrative di competenza. Con deliberazione n. 1142 del 14 giugno 2018, la ASL di Brindisi ha dunque approvato il progetto esecutivo denominato «Realizzazione di una residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) nella ASL di Brindisi presso un'ala del comprensorio sanitario »Ninnetto Melli« di S. Pietro Vernotico (Brindisi)».

La progettualità approvata dalla ASL di Brindisi è stata valutata positivamente dalla Regione ed è *in itinere* la redazione del nuovo complessivo piano della Puglia per il superamento degli OPG, che prevede l'individuazione della nuova allocazione della REMS della provincia di Brindisi presso un'ala della struttura «Ninnetto Melli» di San Pietro Vernotico, in provincia di Brindisi.

Concludo rassicurando la senatrice interrogante che non appena verrà deliberato dalla giunta regionale il nuovo piano della Puglia relativo alla dislocazione delle REMS, esso sarà valutato dal Ministero della salute con la massima attenzione, al fine di riscontrarne la corrispondenza alle alte finalità sanitarie e di recupero che la recente normativa assegna a tali strutture.

BELLANOVA (PD). Desidero ringraziare il sottosegretario Coletto per la ricostruzione della vicenda, ma non posso dichiararmi soddisfatta, perché purtroppo, su un tema che riguarda la salute di uomini e donne, si continua a prendere tempo e ad allungare ulteriormente il momento della decisione definitiva.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-00530, presentata dalla senatrice Bini e da altri senatori.



COLETTI, *sottosegretario di Stato per la salute*. L'atto parlamentare in esame riguarda una questione di particolare rilevanza, e per alcuni profili anche controversa, attinente alla presunta mancanza di legittimità a erogare prestazioni sanitarie al di fuori di quelle riconosciute nei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte delle Regioni sottoposte a un piano di rientro da eccessivo *deficit* del settore sanitario. In particolare, il caso sollevato riguarda la Regione Puglia.

La Regione, a seguito di una nota di chiarimenti da parte del Ministero della salute, aveva dato disposizione ai direttori generali delle ASL di vigilare per evitare eventuali prescrizioni redatte in difformità dalla disposizione ministeriale nei confronti dei pazienti affetti da malattie rare come la fibrosi cistica, al fine di evitare possibili contenziosi. Nel merito, l'aspetto più controverso della vicenda riguarda lo specifico ambito dell'assistenza farmaceutica nei confronti dei pazienti affetti da tale patologia rara.

In proposito, la direzione generale competente del Ministero della salute, a seguito di ulteriori approfondimenti, ha formalizzato quanto segue. Nel confermare l'impossibilità, per le Regioni soggette a piano di rientro per la riqualificazione del sistema sanitario regionale, di erogare prestazioni extra-LEA, ha evidenziato che, con riferimento alle malattie rare, di cui all'elenco allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, l'ambito di applicazione del decreto ministeriale n. 279 del 2001 non si estende all'assistenza farmaceutica, che resta regolamentata dalle norme specifiche anche per le persone affette da malattia rara: farmaci in classe A, a totale carico del servizio sanitario nazionale, e farmaci in classe C, a totale carico del cittadino. Secondo le disposizioni nazionali vigenti, quindi, agli assistiti affetti da malattia rara non possono essere erogati a carico del servizio sanitario nazionale né i farmaci classificati dall'AIFA in classe C, né tantomeno i prodotti non classificati come farmaci, e la loro eventuale erogazione gratuita costituisce un livello di assistenza ulteriore che può essere garantito, con fondi propri, solo dalle Regioni che non si trovano in piano di rientro.

Tuttavia, il Ministero ha confermato quanto già precedentemente rappresentato in risposta a un analogo quesito posto dalla Regione Campania sull'erogazione di prodotti extra-LEA a pazienti affetti da malattie rare. Segnatamente, in data 1° settembre 2015, aveva già chiarito che «resta ferma la possibilità che la famiglia presenti una specifica istanza alla ASL per l'emanazione di un provvedimento *ad hoc* che disponga l'erogazione dei prodotti in questione, a seguito di una valutazione clinica che ne attesti la indispensabilità e insostituibilità».

Quanto invece allo specifico riferimento alla fibrosi cistica, è stato evidenziato che, in base alle previsioni di cui all'articolo 54, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, risultano inclusi nei livelli essenziali di assistenza (e non si configurano pertanto quali prestazioni extra-LEA) l'erogazione a titolo gratuito delle prestazioni sanitarie, ivi compresa la fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario (ossia i farmaci necessari se-

condo le indicazioni terapeutiche prescritte dai centri di riferimento regionali a prescindere dalla fascia di rimborsabilità e appartenenza), come richiamati dall'articolo 3 della legge del 23 dicembre n. 548, per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati da detta patologia.

Pertanto, si configura uno spazio entro il quale, ricorrendo determinate condizioni, è possibile alle Regioni sottoposte a piano di rientro, nel caso di prescrizioni emesse nei confronti di pazienti affetti da fibrosi cistica, di sbloccare la situazione determinatasi su tali costi extra-LEA, altrimenti insormontabile.

Concludendo, si ribadisce che per i pazienti affetti da malattie rare, a seguito degli approfondimenti di cui sopra, e in coerenza con quanto già espresso con il citato parere del 2015, è stato chiarito che, ferma restando la linea generale di non rimborsabilità dei prodotti extra-LEA nelle Regioni sottoposte a piano di rientro per la riqualificazione del servizio sanitario regionale, è stato individuato uno spazio, in casi del tutto eccezionali, relativo alla possibilità della valutazione caso per caso da parte delle ASL, per consentire la rimborsabilità in regime di servizio sanitario nazionale delle prescrizioni emesse dai relativi centri autorizzati dalla Regione.

BINI (PD). Ringrazio il sottosegretario Coletto per la risposta, ma non posso dichiararmi soddisfatta, in quanto la mia interrogazione partiva esattamente dal presupposto che non è colpa del paziente affetto da malattia rara che abita in una determinata Regione se quella Regione è sottoposta a piano di rientro e che non è giusto che ci debba essere una discriminazione nei confronti di un paziente che nasce in una Regione rispetto a uno che nasce in un'altra più virtuosa.

Il Sottosegretario non ha fatto che ribadirci lo stato dell'arte e non credo che la soluzione possa essere lasciata al singolo malato che, in caso di estrema necessità, dovrebbe fare la richiesta specifica su se stesso, perché il malato che non lo sa, il paziente che non è informato su questa eventualità non ha la possibilità di presentare questa istanza.

Credo quindi che bisognerebbe rendere disponibile, com'è già stato fatto in passato, un elenco apposito stilato da AIFA, che so avrebbe già gli strumenti necessari, dei farmaci che sono indispensabili. Com'è stato fatto per l'oncologia, la cardiologia e la nefrologia, potrebbe esserci una riclassificazione di quei farmaci appositamente per evitare che ci siano discriminazioni fra le varie Regioni.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

*I lavori terminano alle ore 12,10.*

ALLEGATO

**INTERROGAZIONI**

SICLARI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la Locride è un'area della città metropolitana di Reggio Calabria sul versante jonico della Calabria, che copre una superficie di 1.366,60 chilometri quadrati e comprende 131.985 abitanti in 42 comuni;

attualmente, la principale struttura sanitaria presente nel territorio è il presidio ospedaliero di Locri, sede di pronto soccorso e di DEA (Dipartimento d'emergenza e accettazione) di primo livello;

per gli abitanti della quasi totalità dei comuni dell'area è possibile raggiungere il presidio ospedaliero di Locri solo attraversando almeno un altro comune, con conseguenti disagi ed evidenti inevitabili ritardi nell'accesso alle prestazioni, tra cui quelle più urgenti;

la vastità territoriale dell'area della Locride necessiterebbe di una severa disciplina organizzativa, al fine di non compromettere il diritto alla salute dei cittadini;

numerosi e recenti episodi di cronaca fanno emergere un evidente stato di criticità gestionale e strutturale che è opportuno porre all'attenzione del Governo;

da articoli di stampa si apprende che di recente il macchinario della Tac e una delle due apparecchiature per raggi X non funzionano e che il mancato intervento dei tecnici, secondo quanto evidenziato dagli operatori ospedalieri, deriverebbe dal mancato rinnovo del contratto con l'azienda incaricata della manutenzione, nei confronti della quale l'Azienda di sanità pubblica sarebbe debitrice;

a distanza di circa due anni, il reparto di radiologia del nosocomio di Locri, oltre ad essere privo del primario, nonostante il commissario regionale avesse autorizzato il bando per l'assunzione nel mese di agosto 2015, registra una sensibile carenza in pianta organica, avendo solo tre medici radiologi che non possono garantire la turnazione;

un reparto di radiologia efficiente è condizione essenziale per il funzionamento di qualsiasi ospedale;

come riportato da articoli di stampa, in più di una circostanza, la direzione sanitaria del nosocomio avrebbe informato i vertici dell'Azienda di sanità pubblica di Reggio Calabria che la carenza di personale medico ha prodotto, nonostante l'impegno profuso, una riduzione del numero delle prestazioni, che si ripercuote negativamente sulla qualità dell'assistenza, non consentendo di fare diagnosi tempestive;

a causa delle carenze strutturali, si registrano, ogni giorno, in tutti i reparti difficoltà nella gestione dei ricoveri, con conseguente danno economico per l'azienda;

nella tarda serata di sabato 26 maggio 2018, all'ospedale «Santa Maria degli Ungheresi» di Polistena (Reggio Calabria), un bambino nato con qualche settimana di anticipo, a causa di reiterate contrazioni, accusate dalla madre, è deceduto a distanza di poche ore per cause che sono ancora in fase di accertamento;

la situazione contribuisce, purtroppo, ad aumentare i fattori di rischio per la vita, considerato che la frequente indisponibilità di alcune importanti apparecchiature diagnostiche o il loro malfunzionamento costringono in molti casi al trasferimento dei pazienti presso altri ospedali anche per diagnosi urgenti;

il continuo verificarsi di alcuni episodi anche mortali di presunta malasanità impone una riflessione da parte delle istituzioni locali e statali, si chiede di sapere:

di quali elementi il Ministro in indirizzo disponga in relazione a quanto esposto e quali iniziative intenda adottare per verificare le criticità;

se intenda attivarsi adottando i provvedimenti consequenziali, affinché sia ripristinata immediatamente una situazione di pieno funzionamento delle strutture ospedaliere della Locride;

se non ritenga, nell'ambito delle proprie competenze, di assumere iniziative urgenti per verificare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in relazione ad una situazione, quale quella della gestione delle strutture di Locri, di Polistena e di Melito di Porto Salvo, nelle quali, a giudizio dell'interrogante, non viene garantito ai cittadini il diritto alla salute, considerate le evidenti anomalie rappresentate e l'elevata incidenza dei rischi della qualità della vita.

(3-00015)

BELLANOVA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

dopo un iter durato oltre 2 anni dalle indicazioni poste dalla legge n. 81 del 2014 (conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n. 52 del 2014, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), si è arrivati, finalmente, alla loro chiusura per dare vita ad un nuovo sistema basato sulle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), strutture più piccole, di massimo 20 persone, distribuite sul territorio;

all'origine le Rems erano nate come luoghi di cura e reinserimento per accogliere in via residuale coloro per i quali fosse stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale anche se successivamente, con l'approvazione della legge n. 103 del 2017 sulla riforma della giustizia, si è aperta la possibilità di accogliere nelle Rems anche i «detenuti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, gli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi»;

attualmente sono due le Rems attive in Puglia, una struttura pubblica a Spinazzola (Asl Bat), con 20 posti letto, e un'altra struttura privata convenzionata a Carovigno (Asl Br), sempre per 20 posti letto;

con nota prot. n. 2809 in data 16/01/2017 la unità operativa sanitaria Manutenzione, impianti e immobili della Asl Br ha presentato uno studio di fattibilità per la realizzazione di una Rems provvisoria pubblica, negli ambienti della struttura ospedaliera di San Pietro Vernotico, in alternativa alla Rems pubblica ipotizzata a Carovigno;

con delibera del direttore generale della Asl di Brindisi n. 549 del 27 marzo 2017 si approvava il «Progetto di riconversione dell'ospedale di S. Pietro Vernotico mediante riqualificazione in presidio territoriale di assistenza (PTA)», con cui l'ipotesi progettuale redatta dal servizio per l'allocatione della Rems presso la struttura sanitaria di San Pietro Vernotico veniva individuata come quella più idonea per la realizzazione della residenza pubblica definitiva, in alternativa alla soluzione prevista nel comune di Carovigno, in considerazione della mancata collaborazione e dell'inerzia di quell'amministrazione comunale;

con delibera n. 1142 del 14 giugno 2018, la Asl ha deliberato di indire ed esperire la procedura di gara aperta, ai sensi dell'articolo 60 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per l'intervento «Realizzazione di una residenza per Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) nella Asl di Brindisi presso un'ala del comprensorio sanitario »Ninetto Melli« di S. Pietro V.co», e non più a Carovigno come già previsto nel programma presentato dalla Regione Puglia al Ministero della salute;

la Regione Puglia, infatti, aveva presentato un programma approvato con decreto ministeriale 19 dicembre 2013. Successivamente, con l'entrata in vigore della legge n. 81 del 2014, si è avvalsa della facoltà di modificare il programma. Successivamente con decreto ministeriale 4 marzo 2015 è stato approvato il nuovo programma;

come è noto, la norma prevedeva il limite temporale del 15 giugno 2014 per la presentazione della modifica del programma. Pertanto la Regione si è avvalsa già della facoltà di modificare il suo programma entro i limiti temporali. A normativa vigente, dunque, il programma non potrà essere modificato se non con una nuova modifica normativa,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di tale progetto di modifica del programma della Regione Puglia di spostamento della Rems, già attiva a Carovigno, in convenzione, presso l'ospedale «Melli» di San Pietro Vernotico e se tale modifica sia stata autorizzata da una norma;

se non ritenga opportuna una valutazione più in generale sul futuro delle Rems, e specificamente sul programma della Regione Puglia.

(3-00039)

BINI, FARAONE, BOLDRINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la Regione Puglia, a seguito delle frequenti richieste di chiarimento pervenute dalle aziende del Servizio sanitario regionale in merito alla possibilità di erogare prodotto extra LEA a pazienti affetti da patologie fortemente invalidanti, quali le malattie rare e la fibrosi cistica, ha provveduto, con nota prot. n. 3457 del 9 luglio 2018, alla richiesta di delucidazioni da parte delle competenti amministrazioni centrali (Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze e Agenzia italiana del farmaco), tenuto conto del fatto che l'attuale quadro normativo, riferibile al decreto ministeriale n. 279 del 2001, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, alla legge n. 548 del 1993 ed ai vigenti accordi Stato-Regioni in materia di malattie rare, «lascia spazi interpretativi per cui l'erogazione dei suddetti prodotti avviene in modalità disomogenea sul territorio nazionale»;

la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, in data 21 dicembre 2018, ha risposto affermando che «non è possibile per la Regione Puglia erogare prestazioni *extra* LEA nel contesto della razionalizzazione della spesa», confermando altresì che livelli ulteriori di assistenza possono essere erogati gratuitamente ai propri residenti solo dalle Regioni che, trovandosi in condizioni di equilibrio economico-finanziario, non hanno sottoscritto un piano di rientro ai sensi della normativa vigente;

a seguito di questa risposta la Regione Puglia ha invitato i direttori generali e il coordinamento regionale delle malattie rare «a dare massima divulgazione» dei chiarimenti pervenuti dagli organi ministeriali a tutti gli operatori sanitari interessati, e a vigilare sul corretto comportamento dei medici prescrittori, in linea con tali disposizioni, «al fine di evitare che eventuali prescrizioni redatte in difformità dalle stesse inducano gli assistiti ad avviare contenziosi con gli operatori sanitari delle aree farmaceutiche o dei distretti preposti all'erogazione diretta di medicinali e/o presidi sanitari per pazienti affetti da patologie rare di cui al DPCM 12/1/2017, ovvero da Fibrosi Cistica»;

ciò comporta inevitabili disuguaglianze tra pazienti affetti dalle stesse patologie, ma residenti in regioni diverse, la cui unica «colpa» è quella di essere assistiti in una Regione sottoposta alla disciplina dei piani di rientro,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga che la risposta data alla Regione Puglia sia carente sotto il profilo interpretativo dal momento che l'erogazione dei prodotti in questione avviene in modo non omogeneo sul territorio nazionale e, a volte, anche all'interno della stessa regione, e quali iniziative intenda altresì adottare al fine di assicurare che le persone affette da malattie così gravi possano ricevere le cure loro necessarie.

(3-00530)



