



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 12**

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

INTERROGAZIONI

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

208<sup>a</sup> seduta: mercoledì 11 marzo 2015

Presidenza della presidente DE BIASI

## I N D I C E

## INTERROGAZIONI

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>
ANITORI (AP (NCD-UDC) . . . . .	5
D'AMBROSIO LETTIERI (FI-PdL XVII) . . . . .	9
DE FILIPPO, sottosegretario di Stato per la salute . . . . .	3, 5, 7
MATTESINI (PD) . . . . .	6

## DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(344) *DE POLI*. – *Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'autismo e disposizioni per l'assistenza alle famiglie delle persone affette da questa malattia*

(359) *RANUCCI*. – *Cura e tutela delle persone con disturbi dello spettro autistico*

(1009) *Venera PADUA ed altri*. – *Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie*

(1073) *Magda Angela ZANONI*. – *Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabili-*

*tazione delle persone affette da autismo e per l'assistenza alle loro famiglie*

(1487) *Manuela SERRA ed altri*. – *Disposizioni a favore delle persone autistiche*

– e *petizioni nn. 542 e 932 ad essi attinenti*

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 10, 11, 12 e <i>passim</i>
AIELLO (AP (NCD UDC) . . . . .	15
D'AMBROSIO LETTIERI (FI-PdL XVII) . . . . .	14
DE FILIPPO, sottosegretario di Stato per la salute . . . . .	11, 12, 13 e <i>passim</i>
* FUCXSIA (M5S) . . . . .	15, 16, 18
PADUA (PD) relatrice . . . . .	10, 11, 13 e <i>passim</i>
ROMANI Maurizio (Misto-MovX) . . . . .	11, 15, 16 e <i>passim</i>
ROMANO ((SVP-UV-PATT-UPT)-PSI-MAIE), relatore . . . . .	15, 16
SCILIPOTI ISGRÒ (FI-PdL XVII) . . . . .	14
SERRA (M5S) . . . . .	11, 13, 14
TAVERNA (M5S) . . . . .	16
ALLEGATO (contiene i testi di seduta) . . . . .	19

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

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, De Filippo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01100, presentata dalla senatrice Anitori ed altri.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Presidente, ringrazio i senatori interroganti per l'interrogazione parlamentare in esame, la quale delinea una problematica che, malgrado il tempo intercorso, è tuttora all'attenzione costante del Ministero della salute.

Ovviamente, siamo consapevoli di una lunga e complicata vicenda, che viene ampiamente dettagliata nella nota che metto a disposizione di questa Commissione. Più sinteticamente, segnalo che, in data 16 ottobre 2014, il ministro Lorenzin ha firmato, su proposta della Commissione europea, l'Accordo di aggiudicazione congiunta per l'acquisto di contromisure mediche.

Infatti, fin dal settembre 2010, il Consiglio europeo ha invitato la stessa Commissione a sviluppare un meccanismo di approvvigionamento comune, con l'obiettivo di aiutare gli Stati membri a migliorare il loro potere d'acquisto e di consentire un accesso equo ai vaccini e agli antivirali, nonché a rafforzare la solidarietà tra loro.

L'esperienza della risposta all'influenza pandemica da *virus* AH1N1 nel 2009, ha evidenziato, infatti, particolari difficoltà nelle modalità di approvvigionamento di vaccini e farmaci da parte degli Stati dell'Unione europea.

Pertanto, il 7 dicembre 2010 il Consiglio europeo ha chiesto alla Commissione di avviare la stesura di un contratto per l'acquisto congiunto di vaccini, nel quadro di una futura pandemia ed ha approvato il «Documento tecnico su un meccanismo di approvvigionamento comune dei vaccini contro l'influenza pandemica e di antivirali», che consente agli Stati, ovviamente su base volontaria, l'acquisizione comune di questi prodotti o approcci comuni nelle trattative con le industrie farmaceutiche.

Questa iniziale formulazione del contratto congiunto si è poi evoluta, estendendo la possibilità di applicare l'accordo di aggiudicazione congiunta di contromisure mediche (qualsiasi farmaco, dispositivo medico,

anche beni e servizi), destinate alla lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, anche alla luce dei lavori sul documento contenente appunto le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, come indicato nella relativa Decisione 1082/2013/EU del 22 ottobre 2013.

La partecipazione è sempre su base volontaria e prevede meccanismi di recessione e accettazione di nuovi Paesi partecipanti; non impegna uno Stato a partecipare ulteriormente al bando di gara, né a firmare il conseguente contratto «quadro», e non crea alcun impegno di bilancio o di spesa.

Quest'ultimo evento, infatti, si realizzerà solo con la stipula dei contratti specifici per l'acquisto effettivo dei vaccini. L'accordo lascia impregiudicato, inoltre, il diritto degli Stati di stipulare ulteriori accordi al di fuori di esso. Per contro, chi non avrà stipulato tale accordo non potrà rivendicare o esercitare i diritti e i benefici concessi dai termini dello stesso accordo. In particolare, per l'approvvigionamento comune di vaccini pandemici, vanno messi in evidenza i seguenti aspetti: tempi sconosciuti della domanda dei prodotti; variabilità della domanda dei singoli Stati membri; componente politica nella domanda dei prodotti; relativa mancanza di esperienza, in materia di simili contratti in tanti Ministeri della salute del nostro continente; capacità di produzione industriale fissa, che potrebbe essere insufficiente a soddisfare certe volte la domanda globale; prodotto «non esistente» all'inizio del processo; prodotto altamente regolamentato; ridotto numero di grandi produttori. Peraltro, tali problematiche potrebbero affliggere anche l'approvvigionamento di altri farmaci, immunizzanti e non.

Tra i diritti ed i benefici dell'accordo di aggiudicazione congiunta, è anche previsto che sarà effettuata un'analisi di mercato per alcuni aspetti del bando di gara (responsabilità delle conseguenze di imprevisti effetti collaterali dei vaccini, capacità di produzione dei vari tipi di vaccini, possibilità per i produttori offerenti di proporre delle varianti e limiti in cui tali varianti sarebbero accettabili). Le specifiche del bando di gara prenderanno in considerazione le attuali possibili disponibilità del mercato, al fine di garantire che i produttori siano in grado di presentare un'offerta. Una volta che il bando di gara sarà stato emanato, i produttori valutati e il mercato assegnato, verranno firmati diversi contratti «quadro», uno per ogni lotto che sarà individuato nel capitolato, così che esigenze diverse saranno soddisfatte da contratti diversi.

Per il momento sembra preferibile garantire la flessibilità della fornitura, firmando ciascun contratto «quadro» con due o più fornitori «a cascata», in modo che se, per ragioni sconosciute e imprevedibili, il primo fornitore non fosse in grado di fornire i prodotti, ordini specifici possono essere reindirizzati al secondo miglior offerente direttamente. Coerenza e buon funzionamento saranno garantiti dal Comitato di gestione del contratto, che riferisce direttamente al Comitato direttivo per l'aggiudicazione congiunta.

Per gli aspetti di propria competenza, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha precisato che il vaccino «Focetria» attualmente non è classificato ai fini

del rimborso. L'azienda titolare non ha mai presentato all'AIFA una richiesta di classificazione e negoziazione del prezzo. Quanto al vaccino «Fluad», l'AIFA sottolinea che le confezioni collocate in fascia di rimborsabilità hanno un prezzo definito, da ultimo dalla determinazione AIFA dell'8 agosto 2011. Tale determinazione è stata adottata all'esito di istruttoria del Comitato prezzi e rimborso, costituito presso l'Agenzia, in seguito alla richiesta della ditta di poter aumentare il relativo prezzo, precedentemente negoziato, del 23 per cento circa.

Il Comitato ha ritenuto di non accogliere la richiesta della ditta per l'incremento richiesto, in quanto non supportata da adeguate argomentazioni. In pratica, il prezzo «*ex factory*» precedentemente negoziato (con determinazione AIFA del 15 settembre 2005), era pari a 6,6 euro, mentre l'azienda ha chiesto l'aumento fino a 8,1 euro. All'esito di tale negoziazione è stato invece accordato un aumento del solo 5,9 per cento, con fissazione del prezzo «*ex factory*», di partenza per la cessione al Servizio sanitario nazionale, a 6,99 euro e con il prezzo al pubblico di 11,54 euro, al lordo delle riduzioni di legge.

Da ultimo, comunico che non si è a conoscenza ad oggi di profili di responsabilità, riconosciuti nei confronti di funzionari di questo Ministero. Inoltre, anche la trattativa citata nell'interrogazione, conseguente alla richiesta di indennizzo avanzata dalla azienda farmaceutica Novartis al Ministero della salute per il mancato acquisto di dosi residue delle scorte di vaccini, si è conclusa (nel Tavolo citato dalla senatrice Anitori) con la sottoscrizione di un atto di transazione in data 28 giugno 2012, registrato dalla Corte dei Conti il 4 settembre 2012.

ANITORI (*AP (NCD-UDC)*). Presidente, mi dichiaro soddisfatta della risposta e ringrazio il Sottosegretario della risposta e chiedo di poter acquisire il documento allegato alla risposta.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01161, presentata dalla senatrice Mattesini.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, inizio ricordando che il recepimento della direttiva 2009/112/CE, che modifica la direttiva 91/439/CEE, concernente la patente di guida, è avvenuto nel nostro Paese tramite il decreto legislativo n. 59 del 2011. Per effetto di tale recepimento della normativa comunitaria, risultano modificati gli articoli da 319 a 329 del decreto del Presidente della Repubblica n. 495 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, tra i quali, appunto, l'articolo 320.

Orbene, in sede di recepimento della direttiva 2009/112/CE, che fa espresso riferimento alla patologia diabetica ai fini della concessione o del rinnovo della patente, la condizione dei soggetti affetti da diabete è stata oggetto di un precipuo intervento normativo, che ha consentito di regolamentare in modo più elastico, rispetto alla preesistente normativa nazionale, la richiesta in tal senso dei cittadini affetti da diabete, grazie al-

l'introduzione della possibilità del rilascio, in determinate condizioni, della certificazione di idoneità alla guida anche a cura del medico cosiddetto «monocratico», oltre che da parte delle commissioni mediche locali. Detta agevolazione non ricomprende però anche i soggetti che abbiano subito un trapianto di organi, e fra essi i pazienti trapiantati renali per i quali, ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali, il rilascio della certificazione sanitaria di idoneità alla guida permane in capo alle sole commissioni mediche locali, le uniche abilitate al riconoscimento del periodo di validità della patente di guida nel nostro Paese rispetto alle condizioni di salute ad esse sottoposte.

Dalle valutazioni sopra descritte emerge purtroppo con tutta evidenza che, in assenza di una normativa europea altrettanto specifica rispetto alla direttiva 2009/112/CE, che consenta di uniformare in maniera omogenea in tutti i Paesi membri tali particolari aspetti della vita dei trapiantati di organi, non sussiste allo stato un concreto «spazio» per eventuali iniziative normative nazionali, a causa della doverosità di uniformare i criteri per la valutazione dell'idoneità alla guida in tutto l'ambito comunitario, stante il rilascio della patente cosiddetta «europea» con un modello unificato.

Tuttavia, raccogliendo queste segnalazioni (che nella sostanza condidiamo), non ci sottrarremo come Ministero nel futuro a cogliere ogni occasione utile per poter garantire, a favore dei trapiantati, situazioni più semplificate per il rilascio delle patenti di guida.

MATTESINI (PD). Signora Presidente, ringrazio il Sottosegretario per la sua risposta precisa e puntuale e mi dichiaro soddisfatta, anche per l'impegno che egli ha preso di lavorare in futuro, tenendo conto del fatto che questa è una competenza sia del Ministero della sanità che del Ministero dei trasporti. C'è però un aspetto che penso potremmo provare ad inserire da subito nel percorso di riforma del codice della strada: la direttiva europea del 2009 parlava delle patologie diabetiche specificando non solo la questione dei trapiantati, ma facendo anche riferimento a coloro che sono in dialisi, cioè in una fase intermedia. Partendo da un percorso che punti ad arrivare ad una uniformità più generale, chiedo che si valuti seriamente la condizione di coloro che sono affetti da queste patologie, non solo dei trapiantati, che sono più stabilizzati rispetto a chi è in dialisi; sarebbe opportuno individuare a tal fine il percorso più rapido possibile. È giusto tener conto in primo luogo della sicurezza di chi guida e di chi si trova in strada; è necessario però anche evitare un sovraccarico di controlli medici, laddove si valuti che è sufficiente un certificato specialistico anziché un percorso di visita, che ha un costo per le persone che sono in dialisi. Trattandosi di persone con fragilità, bastano una o due influenze che rischiano di superare i famosi 180 giorni massimi di assenza dal lavoro, con conseguenze pesanti sulle ferie o altro.

Penso quindi che sarebbe particolarmente utile cercare di facilitare loro la vita, pur sempre nell'ambito di politiche di sicurezza. Ringrazio pertanto il Governo per l'impegno profuso e spero di poter vedere un risultato positivo in tempi brevi.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01364, presentata dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, siamo consapevoli che il diabete mellito, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età.

Come evidenziato anche dall'interrogazione in esame, si distinguono un diabete di tipo 1 e un diabete di tipo 2. Si tratta di due patologie fondamentalmente distinte, in quanto i due tipi di diabete si differenziano, oltre che per la diversa eziopatogenesi, anche per epidemiologia (circa il 90 per cento dei casi sono di tipo 2), per differenti età di insorgenza (bambini-adolescenti nel tipo 1, adulti nel tipo 2), sintomatologia di esordio (acuta nel tipo 1, più sfumata e graduale nel tipo 2), strategie terapeutiche e, soprattutto, possibilità di prevenzione primaria.

Ciò premesso, nel merito delle questioni sottoposte dal senatore interrogante, assicuro che il Ministero della salute è da tempo impegnato nell'ambito della promozione di corretti stili di vita nella popolazione, in particolare attraverso l'attuazione del programma nazionale «Guadagnare Salute – rendere semplici le scelte salutari». Tale programma, attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali e la partecipazione dei diversi attori interessati (Ministeri, Regioni, Enti locali, produttori, distributori, eccetera), mira a promuovere e favorire l'assunzione di abitudini salutari da parte della popolazione, nell'ottica della prevenzione e del controllo delle principali patologie croniche.

Peraltro, anche il piano sulla malattia diabetica, approvato il 6 dicembre 2012 in Conferenza Stato-Regioni, ha previsto specifici obiettivi circa la promozione di corretti stili di vita e sul diabete in età evolutiva.

Il piano si connota come un documento quadro e si propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività regionali e locali, fornendo indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza che tengano conto dell'evoluzione registrata in ambito scientifico e tecnologico e dei nuovi modelli organizzativi diffusi in vaste aree del territorio nazionale, con note e buone pratiche, che sono state in alcuni territori implementate.

Come ricordato nell'atto ispettivo in esame, l'Italia dispone di un sistema di assistenza diabetologica sviluppato, a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 115 del 1987 e del Protocollo di intesa tra il Ministro della sanità e il Presidente del Consiglio dei ministri del 30 luglio 1991. La legge n. 115 del 1987 ha rivolto particolare attenzione alla tematica della prevenzione attraverso l'educazione sanitaria, mentre il Protocollo di intesa ha indicato gli interventi più idonei per l'individuazione delle fasce di popolazione a rischio, previsto la programmazione di specifici interventi sanitari e definito criteri di uniformità relativi agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici.

Riguardo all'organizzazione dell'assistenza, il livello primario è affidato alla figura del pediatra di libera scelta, convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e presente su tutto il territorio nazionale, ed il secondo livello ai centri specialistici situati in molte strutture sanitarie del nostro Paese.

Il centro attiva la presa in carico del bambino o ragazzo diabetico, coinvolgendo il pediatra ed i servizi territoriali, al fine di migliorare il più possibile la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Il «Piano per la malattia diabetica», cui ho fatto prima cenno, ha tra i suoi obiettivi generali quello di «migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare» (obiettivo 6). Tra gli obiettivi specifici per il diabete in età evolutiva, il piano indica l'allocazione secondo criteri di efficienza ed efficacia delle strutture di diabetologia pediatrica, la promozione dell'integrazione tra i diversi livelli di cura ed il miglioramento della capacità di gestione della malattia da parte dei contesti familiare, relazionale e sociale, con il coinvolgimento di associazioni rappresentative.

Tra le problematiche relative all'integrazione scolastica nel diabete giovanile, questione di primaria importanza è l'assicurazione della continuità terapeutica (mediante la somministrazione di insulina in orario scolastico) e la gestione delle emergenze (crisi ipoglicemiche). A tal riguardo, nel 2005 sono state redatte le «Raccomandazioni interministeriali contenenti le linee-guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico». Sul tema si segnala anche il «Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, salute, istruzione e migliore qualità di vita», redatto dal coordinamento tra associazioni italiane di aiuto a bambini e giovani con diabete, il Ministero della salute e il Ministero dell'istruzione.

Da ultimo, comunico che il Ministero della salute partecipa da tempo ai lavori del «Comitato paritetico nazionale per le malattie croniche e la somministrazione dei farmaci a scuola» (istituito l'11 settembre 2012 presso il Ministero dell'istruzione).

Quanto alle iniziative di comunicazione, il Ministero della salute promuove attraverso le campagne ed i canali di comunicazione di cui dispone, le principali azioni per la prevenzione al sovrappeso, all'obesità e al diabete con riferimento alla corretta alimentazione, al contrasto al fumo, alla promozione dell'attività fisica, rivolgendosi sia al pubblico più vasto sia a bambini e ragazzi anche in età scolastica. È tuttora in corso una campagna informativa nel portale dello stesso Ministero, veicolata attraverso tecniche di *web* e *social marketing* che mira al contrasto dell'obesità nell'infanzia e alla promozione dell'allattamento al seno, un atto formidabile che contribuisce alla prevenzione dell'obesità in età adulta.

Inoltre, in occasione di EXPO 2015 il Ministero della salute sta organizzando specifiche iniziative di comunicazione sulla corretta alimenta-



zione e, più in generale, sugli stili di vita e la salute della donna e del bambino. In particolare, parteciperà con propri esperti e iniziative alle unità didattiche nello «spazio per le scuole» e agli incontri «dello spazio donna» sui temi dell'alimentazione buona e sana e della prevenzione dell'obesità e dello stesso diabete.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Signor Sottosegretario, la ringrazio per la risposta. Mi dichiaro parzialmente soddisfatto e vado a spiegarle il motivo. Apprezzo moltissimo la puntuale ricognizione relativa alle iniziative svolte dal Ministero e apprezzo anche la nota sensibilità che lei e il Ministero in generale stanno destinando, in linea con quanto accaduto nel passato, rispetto ai punti segnalati e che rappresentano motivo, purtroppo, anche di criticità. In particolare, la parziale soddisfazione è determinata, in parte, dalla insufficiente efficacia determinata dalle pur numerose iniziative poste in essere dal Ministero.

Se me lo permette, signor Sottosegretario, tale mia posizione è anche finalizzata a sollecitare il Ministero a fare di più o meglio, nella consapevolezza dei vincoli di bilancio che rappresentano probabilmente il principale *handicap* allo sviluppo e al consolidamento delle iniziative in merito al caso segnalato.

Vorrei evidenziare che una recentissima indagine svolta dalla Associazione nazionale del diabete giovanile ha confermato che il 50 per cento degli alunni diabetici non troverebbe un giusto inserimento nella attività motoria e sportiva e che una percentuale altrettanto elevata superiore al 50 per cento rileva delle condizioni di disagio per quanto attiene le procedure di controllo glicemico durante la permanenza nelle scuole. Questo naturalmente aumenta fino all'86 per cento il numero dei consultati insoddisfatti per quanto riguarda la terapia insulinica durante gli orari di insegnamento. Indubbiamente molto si è fatto e moltissimo c'è da fare. Gestiamo il mondo delle complessità. Apprezzo lo sforzo che viene fatto ed auspico che in questa direzione si proceda con sempre maggiore efficacia di provvedimenti.

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

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(344) *DE POLI*. - *Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'autismo e disposizioni per l'assistenza alle famiglie delle persone affette da questa malattia*

(359) *RANUCCI*. - *Cura e tutela delle persone con disturbi dello spettro autistico*

(1009) *Venera PADUA ed altri*. - *Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie*

(1073) *Magda Angela ZANONI*. - *Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone affette da autismo e per l'assistenza alle loro famiglie*

(1487) *Manuela SERRA ed altri. - Disposizioni a favore delle persone autistiche*

– e **petizioni nn. 542 e 932 ad essi attinenti**

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione congiunta dei disegni di legge nn. 344, 359, 1009, 1073 e 1487 e delle petizioni nn. 542 e 932 ad essi attinenti in materia di autismo.

Diamo dunque avvio quest'oggi alla sede deliberante sui disegni di legge in materia di autismo (Atti Senato n. 344 e connessi). In conformità alla prassi, saranno date per acquisite le fasi procedurali già svolte durante l'esame in sede referente.

Pertanto, se non vi sono obiezioni, così resta stabilito. Si passerà subito all'esame degli ordini del giorno e, quindi, degli articoli, con la trattazione degli emendamenti ad essi riferiti.

Rammento che in sede deliberante occorre seguire in maniera particolarmente rigorosa la procedura valevole per l'esame in Assemblea: una volta esaminati gli ordini del giorno, si tratteranno gli emendamenti articolo per articolo, partendo dall'eventuale illustrazione a cura dei proponenti, cui farà seguito l'espressione del parere da parte dei relatori e del rappresentante del Governo. Nell'ambito della discussione su ciascun articolo, e sugli emendamenti ad esso riferiti, ciascun senatore può intervenire una sola volta.

Sarà cura della Presidenza segnalare alla Commissione, prima della messa in votazione dei singoli emendamenti, le indicazioni contenute nei pareri della 1<sup>a</sup> o della 5<sup>a</sup> Commissione cui è necessario uniformarsi, pena l'immediata cessazione della procedura deliberante, con conseguente ritorno alla sede referente (secondo l'articolo 40, commi 5 e 6 del Regolamento).

Comunico che i relatori hanno presentato una formulazione corretta dell'emendamento 5.1 (testo 3), che si limita a sostituire il riferimento normativo contenuto nel comma 1, in conformità al parere reso dalla Commissione per le questioni regionali (l'emendamento prende la denominazione di 5.1 (testo 3CORR)).

Dichiaro improponibili i seguenti emendamenti: 5.0.1 (in quanto modifica in maniera frammentaria un regolamento), 5.0.2 (in quanto estraneo), 5.0.3 (in quanto estraneo), 6.2 (in quanto estraneo) e 6.3 (in quanto modifica in materia frammentaria un regolamento).

Passiamo all'esame degli ordini del giorno, che si intendono illustrati. Invito i relatori e il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli ordini del giorno.

PADUA, *relatrice*. Anche a nome del correlatore, esprimo parere favorevole all'accoglimento come raccomandazione dell'ordine del giorno G/344-359-1009-1073NT/1/12, a condizione che si espunga dal dispositivo l'avverbio «concretamente», perché è pleonastico.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*). Signora Presidente, accetto la riformulazione proposta dalla relatrice e non insisto per la votazione.

PRESIDENTE. Pertanto l'ordine del giorno G/344-359-1009-1073NT/1/12 (testo 2) si intende accolto come raccomandazione.

PADUA, *relatrice*. Anche a nome del correlatore, esprimo parere favorevole all'accoglimento dell'ordine del giorno G/344-359-1009-1073NT/2/12 come raccomandazione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

SERRA (*M5S*). Signora Presidente, accetto la riformulazione proposta dalla relatrice e non insisto per la votazione.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno G/344-359-1009-1073NT/2/12 si intende accolto come raccomandazione.

PADUA, *relatrice*. Anche a nome del correlatore, esprimo parere favorevole all'accoglimento dell'ordine del giorno G/344-359-1009-1073NT/3/12 come raccomandazione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

SERRA (*M5S*). Signora Presidente, accetto la riformulazione proposta dalla relatrice e non insisto per la votazione.

PRESIDENTE. Poiché i presentatori non insistono per la votazione, l'ordine del giorno G/344-359-1009-1073/NT/3/12 si intende accolto come raccomandazione.

Passiamo all'esame dell'articolo 1, su cui sono stati presentati emendamenti, che si intendono illustrati.

PADUA, *relatrice*. Anche a nome del correlatore, invito a ritirare gli emendamenti 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6 (ove si insistesse per la votazione, il parere sarebbe contrario).

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere favorevole sull'emendamento 1.1 ed esprimo parere conforme ai relatori sui restanti emendamenti.

PRESIDENTE. Avverto che, qualora l'emendamento 1.1 dei relatori fosse approvato, sarebbero preclusi gli emendamenti da 1.2 a 1.6.

*(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).*

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 1.1.

**È approvato.**

Essendo stato approvato un emendamento interamente sostitutivo dell'articolo 1, non si procederà alla votazione dell'articolo stesso, così come modificato. Tale procedura sarà seguita anche in occasione di successive votazioni di emendamenti interamente sostitutivi.

Passiamo all'articolo 2, sul quale è stato presentato dai relatori l'emendamento 2.1 interamente sostitutivo dell'articolo, che si dà per illustrato.

Invito il rappresentante del Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 2.1, interamente sostitutivo dell'articolo 2.

**È approvato.**

Passiamo all'articolo 3, sul quale è stato presentato un emendamento dei relatori, che si dà per illustrato.

Invito il rappresentante del Governo ad esprimersi sull'emendamento in esame.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Colleghi, ricordo che tale emendamento recepisce il parere della 5<sup>a</sup> Commissione e tende ad uniformare il testo a tale parere.

La Commissione bilancio, infatti, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, ha condizionato il proprio avviso favorevole alla sede deliberante all'espunzione dell'articolo 3 dal testo. Quindi, un voto favorevole al mantenimento dell'articolo 3 comporterebbe il ritorno dell'esame del provvedimento alla sede referente.

Essendo l'emendamento 3.1 interamente soppressivo dell'articolo 3, metto ai voti il mantenimento dell'articolo.

**Non è approvato.**

Passiamo all'esame degli emendamenti volti all'inserimento di articoli aggiuntivi dopo l'articolo 3, che si danno per illustrati.

Invito i relatori e il rappresentante del Governo ad esprimersi sugli emendamenti in esame.

PADUA, *relatrice*. Presidente, invitiamo al ritiro degli emendamenti 3.0.1 e 3.0.2. Altrimenti il parere è contrario.

L'emendamento 3.0.3 dei relatori è ritirato.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

PRESIDENTE. Chiedo alla senatrice Serra, che oggi assiste ai nostri lavori in quanto prima firmataria dell'emendamento 3.0.1, se accetta l'invito al ritiro da parte dei relatori e del Governo.

SERRA (*M5S*). Presidente, non intendo ritirare l'emendamento. Esso è volto ad un impegno per la costituzione di un Fondo nazionale per l'autismo.

La problematica dell'autismo è sia una problematica sanitaria, che si sta cercando giustamente di risolvere con questi disegni di legge sia reale e funzionale per la spesa sanitaria che, comunque, le famiglie che hanno dei figli autistici sostengono ogni giorno.

Il Ministero della salute dovrebbe dare degli incentivi. È vero che esiste la legge n. 104 del 1992 (e che nella Regione Sardegna è in vigore anche la legge n. 162 del 1998) che in qualche modo aiuta. Nella realtà, però, dopo aver compiuto i 18 anni, un ragazzo autistico è completamente abbandonato a se stesso. La visione di questo emendamento comprende anche il futuro della vita di queste persone, che devono comunque essere tutelate nell'arco di tutta la vita, non solo ed esclusivamente nella prima parte dell'infanzia.

Vi sono, infatti, sempre più famiglie nella disperazione più totale perché, a livello sanitario e sociale, non c'è nessuna forma di aiuto.

Avevo presentato questo emendamento proprio per sensibilizzare e dare una soluzione rispetto a questo problema. Ne ho discusso anche con il presidente della Commissione bilancio, senatore Azzollini, che mi ha risposto che non ci sono risorse finanziarie. Bisogna però impegnarsi, legislativamente, perché la situazione autismo è una situazione nazionale che sta diventando ancora più grave. E ce lo dicono le statistiche, gli incontri che continuiamo ad avere e la società civile.

Questa problematica va risolta e queste famiglie vanno aiutate in qualche modo, perché la sanità non sta assolutamente risolvendo il problema. Ringrazio comunque la Commissione di avermi concesso la possibilità di partecipare ai suoi lavori per illustrare tale questione.

PRESIDENTE. Senatrice Serra, noi ci rendiamo conto di questo aspetto. Dal punto di vista tecnico, purtroppo, esiste un parere contrario della 5<sup>a</sup> Commissione, *ex* articolo 81 della Costituzione. Quindi, qualora il suo emendamento (sul quale, nel merito, non solo non abbiamo niente da dire, ma siamo d'accordo) venisse approvato, ciò comporterebbe la decadenza della sede deliberante. Ove esso fosse approvato, per espressa previsione parlamentare, i disegni di legge in esame sarebbero rimessi al-

l'Assemblea. Noi abbiamo fatto una scelta, che è stata quella di procedere per avere una legge. Il punto, infatti, è che non c'è una legge. È questo, dunque, il motivo dell'invito a ritirare l'emendamento.

SCILIPOTI ISGRÒ (*FI-PdL XVII*). Presidente, intervengo a titolo personale. Non so se il mio Gruppo sia d'accordo, ma la mia posizione è quella di sostenere questo emendamento perché lo condivido.

So che esiste un problema sotto il profilo finanziario, ma sarebbe opportuno riuscire a trovare un *escamotage* o una soluzione per garantire l'istituzione di quel fondo, di cui ci ha parlato la senatrice Serra.

Nel caso in cui il mio Gruppo dovesse essere contrario a tale emendamento, allora io, anche se a malincuore, voterò diversamente dal mio Gruppo nel senso di sostenere tale emendamento.

PRESIDENTE. Colleghi, purtroppo al riguardo l'articolo 81 della Costituzione è molto chiaro.

Queste sono le scelte della Commissione bilancio che, a sua volta, come sappiamo, non ha la piena disponibilità delle risorse finanziarie.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Presidente, anche a beneficio del collega Scilipoti Isgrò, vorrei ricordare che il Gruppo di Forza Italia ha espresso parere positivo alla sede deliberante. In tal senso, intende mantenere una posizione di coerenza nell'esame degli emendamenti e nel conseguente voto sui medesimi. Contestualmente, chiedo di aggiungere la firma dei senatori di Forza Italia all'emendamento in esame.

PRESIDENTE. Prima di procedere, devo chiedere ancora una volta alla senatrice Serra se intende mantenere l'emendamento 3.0.1 o se accetta di ritirarlo.

SERRA (*M5S*). Presidente, ritiro l'emendamento 3.0.1 e chiedo di poterlo trasformare in un ordine del giorno. Naturalmente, mi riservo di farne pervenire il testo in tempi brevi.

PRESIDENTE. La Presidenza accoglie senz'altro la sua richiesta.

Chiedo ai relatori e al rappresentante del Governo di esprimere il loro parere in merito.

PADUA, *relatrice*. Presidente, ci dichiariamo inclini ad una valutazione favorevole di tale ordine del giorno.

Eventualmente, esso potrà essere accolto alla stregua di una raccomandazione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

PRESIDENTE. Passiamo dunque all'emendamento 3.0.2, sul quale i relatori e il rappresentante del Governo hanno espresso un invito al ritiro.

FUCKSIA (*M5S*). Presidente, in assenza del proponente, senatore Dalla Zuanna, e per evitare che esso decada, chiedo di poter apporre la mia firma all'emendamento 3.0.2.

ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*). Presidente, desidero anch'io aggiungere la mia firma all'emendamento 3.0.2.

PRESIDENTE. Devo dunque chiederle, senatrice Fucksia, se accetta l'invito a ritirare l'emendamento 3.0.2.

FUCKSIA (*M5S*). Ritiro l'emendamento e chiedo l'assenso della Presidenza alla trasformazione della proposta emendativa in un ordine del giorno, che mi riservo di far pervenire in tempi rapidi.

PRESIDENTE. Acconsento alla trasformazione in ordine del giorno e chiedo ai relatori e al rappresentante del Governo di esprimersi in merito ad esso.

PADUA, *relatrice*. Presidente, ci dichiariamo inclini ad una valutazione favorevole di tale ordine del giorno.

In linea omogenea con la posizione espressa sul precedente ordine del giorno, esso potrà essere accolto alla stregua di una raccomandazione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

PRESIDENTE. Ricordo che l'emendamento 3.0.3 è stato ritirato dai relatori, considerato che su di esso la Commissione bilancio ha espresso parere contrario ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione.

Passiamo all'esame dell'articolo 4, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti che si danno per illustrati.

AIELLO (*AP (NCD UDC)*). In assenza delle proponenti, aggiungo la mia firma e faccio mio l'emendamento 4.2.

ROMANO (*(SVP-UV-PATT-UPT)-PSI-MAIE, relatore*). I relatori esprimono parere favorevole sull'emendamento 4.2, identico all'emendamento 4.1 dei relatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere favorevole sugli emendamenti identici 4.1 e 4.2.

PRESIDENTE. Poiché gli emendamenti 4.1 e 4.2 sono interamente soppressivi dell'articolo 4, sarà posto ai voti il mantenimento dello stesso articolo 4.

Metto ai voti il mantenimento dell'articolo 4.

**Non è approvato.**

Passiamo agli emendamenti volti ad aggiungere articoli dopo l'articolo 4.

TAVERNA (*M5S*). Signora Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori. Sicuramente è una mia ignoranza, tuttavia vorrei sapere perché, nel momento in cui è stato soppresso l'articolo 4, vengono messi in votazione emendamenti che lo modificano.

PRESIDENTE. Si tratta di emendamenti aggiuntivi, senatrice Taverna, e la soppressione di un articolo non preclude necessariamente la votazione su emendamenti aggiuntivi all'articolo stesso. Questi ultimi, ove approvati, possono poi formare oggetto di interventi di carattere formale in sede di coordinamento finale del testo.

ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*). In assenza della proponente, aggiungo la mia firma e faccio mio l'emendamento 4.0.1, che riguarda la necessità di avere un insegnante specializzato sui disturbi dell'autismo. L'emendamento prevede infatti che «in ogni organico di rete è presente un insegnante specializzato nei suddetti disturbi», che in questo momento non esiste.

ROMANO, *relatore*. I relatori invitano a ritirare l'emendamento 4.0.1. Ove si insistesse per la votazione il parere sarebbe contrario.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

FUCKSIA (*M5S*). Signora Presidente, esprimerò un convinto voto contrario sull'emendamento 4.0.1, anche perché avere cognizione di cosa sia l'autismo e di come vada affrontato il bambino autistico non significa avere una specializzazione sull'autismo. Lo psicologo che segue i bambini avrà conoscenza anche di questo. Quando facciamo la formazione degli insegnanti dobbiamo metterci nell'ottica di far sì che gli insegnanti siano competenti in tante considerazioni diverse perché qualificare significa anche questo; non si può fare una specializzazione specifica sull'autismo. Prendere l'alunno in cura e gestirlo a scuola non significa occuparsi della diagnosi e della terapia; l'insegnante non è un neuropsichiatra infantile o un pediatra, che deve individuare l'autismo e curarlo. Qui si tratta di approcciarsi dal punto di vista dell'insegnamento didattico. Voglio in futuro una scuola dove gli insegnanti abbiano una preparazione a 360 gradi, anche comprensiva di queste problematiche. È ora di finirla con una scuola in cui abbiamo più insegnanti di sostegno, i quali spesso non fanno



nulla, che insegnanti che insegnano. Che l'insegnante che insegna abbia anche competenze sul sostegno; questo lo ripeterò anche durante l'esame di altri disegni di legge.

PRESIDENTE. Senatrice Fucksia, come sempre lei si fa carico soggettivamente delle sue affermazioni.

Ricordo che su questo emendamento c'è il parere contrario della Commissione bilancio, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione. La Presidenza ha deciso di dichiararlo proponibile, anche se siamo al limite dell'estraneità per materia proprio per segnalare che si tratta di un tema importante, al di là di come verrà risolto il problema. Ritengo infatti che quello della formazione sia un tema importante. Purtroppo, su questo tema è caduta l'ultima mannaia della Commissione bilancio.

È evidente che la Commissione bilancio ha espresso parere contrario, *ex* articolo 81 della Costituzione, su tutti gli emendamenti di spesa privi di adeguata copertura. Questo non vuol dire che i relatori o la Commissione siano contrari ai relativi contenuti. Tuttavia siamo di fronte ad una scelta: possiamo fare un procedimento testimoniale, in cui mettiamo tutto quello che ci piace, che poi verrà bocciato (in questo caso non avremmo avuto neanche la possibilità di procedere in sede deliberante), oppure possiamo partire con un piede ed avviare il percorso, sapendo che si tratta comunque della prima lettura cui ne seguirà una seconda alla Camera (che ci auguriamo cambierà il testo) ed un'eventuale terza lettura al Senato, dove si potrà concludere positivamente tutto l'*iter*.

Ci auguriamo che, nel frattempo, qualche rigidità possa anche allentarsi. Come sapete, questo disegno di legge è stato fermo tantissimi mesi; c'è stato un rimpallo molto grande con il Ministero dell'economia e delle finanze, con la Commissione bilancio e con il Ministero della salute. Tutto ciò è stato molto complesso, perché su ogni cosa è stata richiesta la relazione tecnica. Per cui io ritengo personalmente che valga comunque la pena avviare questo percorso legislativo.

ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*). Presidente, innanzitutto, non avevo capito che questo emendamento fosse improcedibile ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione. Ovviamente lo ritiro, ma vorrei fare la seguente osservazione: avere insegnanti specializzati nei suddetti disturbi non vuol dire che un insegnante sia destinato esclusivamente ad occuparsi di quel disturbo. Vuol dire invece che dobbiamo imparare, dal momento che trattiamo bambini autistici, ad avere personale preparato anche in quella direzione.

PRESIDENTE. L'emendamento 4.0.2 si dà per illustrato. Ricordo che anche su di esso la 5<sup>a</sup> Commissione ha espresso parere contrario ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione.

ROMANI Maurizio (*Misto-MovX*). Presidente, desidero sottoscrivere questo emendamento e, acconsentendo al ritiro, chiedo di poterlo trasfor-

mare in un ordine del giorno, eliminando il comma 3. In tal modo, il comma 1 e il comma 2, che non comportano impegni di spesa, diventano un impegno al Governo per cercare di dare un sostegno a coloro che decidono di imparare come si trattano i bambini autistici. E ciò potrebbe avvenire anche a costo zero, a seconda della volontà di qualche neuropsichiatra a fornire aiuto a qualche insegnante.

Mi riservo di far pervenire alla Presidenza il testo dell'ordine del giorno nel più breve tempo possibile.

FUCKSIA (*M5S*). Chiedo di aggiungere anch'io la mia firma all'emendamento 4.0.2.

PRESIDENTE. Senatore Romani, la Presidenza acconsente senz'altro alla sua richiesta.

Chiedo ai relatori e al rappresentante del Governo di esprimersi in merito all'ordine del giorno del quale il senatore Romani farà pervenire prontamente il testo.

PADUA, *relatrice*. Siamo propensi a valutare favorevolmente questo ordine del giorno. Eventualmente, potremo considerarlo alla stregua di una raccomandazione.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme ai relatori.

PRESIDENTE. Colleghi, propongo di rinviare il seguito della discussione, per consentire la redazione dei tre ordini del giorno, che i relatori e il Governo valuteranno insieme alla Presidenza.

La seduta riprenderà dunque dall'esame degli ordini del giorno, per poi proseguire con l'esame degli articoli successivi al 4. Se non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

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

*I lavori terminano alle ore 15,40.*

ALLEGATO

**INTERROGAZIONI**

ANITORI, DIRINDIN, DALLA ZUANNA, GRANAIOLA, ORELLANA, MASTRANGELI, CASALETTO, ROMANI Maurizio, SILVESTRO, PADUA, MATTESINI, SIMEONI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

in un comunicato stampa del 20 giugno 2014 il Comando Carabinieri per la tutela della salute NAS di Firenze sosteneva tra l'altro che: i Carabinieri del Comando tutela salute, su ordine della Procura della Repubblica di Siena, hanno eseguito perquisizioni tese a comprovare una truffa ai danni dello Stato nel campo farmaceutico in Varese presso la sede della Novartis Farma SpA ed in Siena presso la sede della Novartis Vaccines and Diagnostics Srl, per eseguire un decreto di perquisizione nell'ambito di attività investigativa coordinata dalla Procura di Siena; l'indagine ha fatto luce su un accrescimento artefatto dei costi di produzione di 2 vaccini acquistati in grandi quantità dal Ministero della salute: il vaccino «Focetria», contro il virus AH1N1 insorto nel 2009, ed il vaccino «Fluad», utilizzato contro le influenze stagionali, entrambi contenenti l'adiuvante MF59, componente essenziale dei vaccini. Per effetto del meccanismo triangolare della sovrapproduzione infragruppo delle spese per l'acquisto del principio attivo MF59, si contesta alla società di aver gonfiato il costo dell'adiuvante del 500 per cento (3.964 euro al litro invece di 660 euro al litro) ottenendo così un maggior indennizzo ai danni del Ministero della salute che, in sede di transazione, ha corrisposto oltre 2 milioni e 700.000 euro in più, relativamente al solo vaccino per l'AH1N1, a fronte di un esborso complessivo di quasi 20 milioni di euro a titolo transattivo. Peraltro, il danno per l'erario potrebbe essere di oltre 16 milioni di euro; da una verifica fiscale eseguita dall'Agenzia delle entrate nei confronti della società farmaceutica Novartis Vaccines and Diagnostic Srl, emergono evidenti profili d'illiceità fiscale afferenti un fenomeno di transfer pricing infragruppo, finalizzato all'accrescimento artefatto dei costi di produzione di vaccini adiuvati con MF59. Sui fatti emersi il NAS Carabinieri di Firenze dava avvio ad un'indagine più approfondita, provvedendo ad acquisire documenti presso il Ministero della salute dalla cui analisi emergevano importanti e significativi elementi di prova, con inequivocabili condotte decettive in danno del Ministero della salute idonee ad incidere sul prezzo del vaccino pandemico «Focetria» così come probabilmente alla determinazione AIFA (Agenzia italiana del farmaco) del prezzo del medicinale «Fluad»;

è possibile che almeno parte del sovrapprezzo denunciato dagli inquirenti sia frutto di un accordo tra Governo e Novartis fatto all'indomani dello stop all'acquisto di milioni di dosi di vaccino già ordinate. All'epoca il Ministro della salute e l'azienda aprirono un tavolo per stabilire una sorta di indennizzo, di cui non si è saputo più nulla;

l'adiuvante MF59 è contenuto anche nei vaccini stagionali, si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e quali siano i provvedimenti che ha già posto o intenda porre in essere;

quali azioni intenda intraprendere per garantire la corretta determinazione del prezzo dei vaccini;

quali iniziative intenda intraprendere per contrastare il fenomeno di transfer pricing infragruppo, finalizzato all'accrescimento artefatto dei costi di produzione di vaccini;

se sia a conoscenza di eventuali responsabilità che coinvolgono il Ministero della salute e quali azioni intenda adottare al fine di prevenire in futuro situazioni simili a danno delle finanze pubbliche.

(3-01100)

MATTESINI. – *Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti e della salute.* – Premesso che:

il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, recante «Nuovo codice della strada», ha confermato, in materia di requisiti fisici, i principi contenuti nella direttiva del Consiglio delle Comunità europee 80/1263/CEE, del 4 dicembre 1980, recepita in Italia con legge 11 marzo 1988, n. 111, recante «Norme sulla istituzione della patente di guida comunitaria e nuove disposizioni per il conseguimento delle patenti di guida e per la prevenzione e la sicurezza stradale»;

il decreto ministeriale 23 giugno 1988, n. 263, emanato in attuazione della legge n. 111, stabilisce i requisiti fisici per il rilascio della patente, individuando una serie di patologie limitative per la concessione e il rinnovo della patente di guida;

il decreto del Presidente della Repubblica 16 settembre 1996, n. 610, recante modifiche al regolamento di esecuzione e di attuazione del codice (di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 495 del 1992), all'appendice II in merito all'articolo 320 elenca le malattie ed affezioni che condizionano il rilascio del certificato di idoneità alla guida. Nello specifico, prevede che la patente di guida per chi soffre di insufficienza renale grave possa essere rilasciata o confermata limitatamente per le categorie A e B, quando l'insufficienza renale risulti positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto;

tali disposizioni prevedono che la certificazione relativa alle malattie debba essere rilasciata dalla commissione medica locale, generalmente presente nel solo comune capoluogo di provincia e con validità non superiore a due anni;

la direttiva 2009/112/CE della Commissione, del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente

la patente di guida, stabilisce che in presenza di alcune patologie, quali il diabete, ai fini del rilascio o rinnovo della patente sia sufficiente un certificato del medico specialista, senza necessità di ricorrere alla commissione medica locale;

le evidenti contraddittorietà di tali disposizioni hanno comportato casi in cui, per le persone trapiantate, la Commissione competente ha riconosciuto la patente per periodi superiori a 2 anni, con conferme anche della patente di categoria C,

si chiede di sapere quali siano le valutazioni dei Ministri in indirizzo in merito ai fatti esposti e se non ritengano necessario intraprendere ogni utile iniziativa al fine di adeguare la normativa sul rilascio e rinnovo della patente relativamente alla competenza da assegnare al medico specialista, alla conferma della categoria C e alla durata del rinnovo di patente in relazione alla reale condizione di salute, come previsto in generale dalla normativa europea.

(3-01161)

D'AMBROSIO LETTIERI. – *Ai Ministri della salute e dell'istruzione, dell'università e della ricerca.* – Premesso che:

in Italia, in base ai dati Istat, la prevalenza del diabete riferita all'anno 2012 stimata su tutta la popolazione è pari al 5,5 per cento, ovvero a circa 3,3 milioni di persone, di cui oltre il 90 per cento affette da diabete di tipo 2, alle quali va aggiunta una quota stimabile di circa un milione di persone che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza;

il diabete è la malattia metabolica più diffusa tra bambini ed adolescenti, colpendo circa 20.000 giovani nel nostro Paese. La causa scatenante del diabete giovanile è, come per il diabete in età adulta, la mancanza o la scarsità di insulina;

il diabete di tipo 1 è detto anche diabete giovanile o diabete insulino-dipendente, in quanto il trattamento con insulina dura tutta la vita e si sviluppa in genere durante gli anni dell'adolescenza, ma può comparire anche in bambini piccolissimi (in età neonatale) o in giovani adulti (circa il 30 per cento dei casi di diabete di tipo 1 è diagnosticato in età adulta);

tale patologia è autoimmune, per cui il sistema immunitario del soggetto riconosce come estranee e dannose le cellule del pancreas che producono insulina (cellule beta) e le attacca fino a distruggerle, portando a un deficit assoluto di questo ormone;

diversi sono i fattori che possono contribuire allo sviluppo dell'autoimmunità, come ad esempio la predisposizione genetica o l'esposizione ad alcune infezioni virali e al momento non esiste una cura definitiva per il diabete di tipo 1;

come si evince dal sito del Ministero della salute: «in Italia le persone con diabete di tipo 1 sono circa 300.000 e l'incidenza di questa condizione è in aumento in tutto il mondo (tra il 2001 e il 2009 l'incidenza di diabete di tipo 1 nei soggetti al di sotto dei 20 anni è aumentata del 23 per cento, il che significa che il numero dei giovani ai quali viene diagnosticato il diabete di tipo 1 cresce del 3 per cento ogni anno)»;

la prevalenza del diabete è cresciuta dal 3,7 al 5,5 per cento, negli ultimi 12 anni, per cui è ragionevole ritenere che rispetto al 2002 ci siano oggi oltre un milione di persone in più affette da diabete;

il diabete giovanile (diabete di tipo 1) può essere considerato la più frequente delle patologie rare e, da quanto si apprende dal sito internet di «Diabete Italia», ogni anno nel nostro Paese si rilevano 84 casi ogni milione di persone (poco meno di 5.000 casi);

in particolare, in alcune regioni italiane, in primo luogo la Sardegna, ci sono tassi di incidenza della patologia superiori alla media europea e si stima che in Italia circa 250.000 persone abbiano il diabete di tipo 1, nonostante il nostro Paese sia all'avanguardia dal punto di vista legislativo, grazie alla legge 16 marzo 1987, n. 115, recante «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», e al piano nazionale diabete;

considerato che:

in base a un'indagine promossa dalla Federazione nazionale diabete giovanile (FDG), il 50 per cento degli alunni diabetici non troverebbe un giusto inserimento nell'attività motoria e sportiva e il 64 per cento avrebbe problemi di socializzazione e di integrazione;

inoltre, a scuola si rilevarebbero disagi relativi al controllo glicemico e alla pratica della terapia insulinica per l'86 per cento dei piccoli diabetici, mentre problemi inerenti all'alimentazione nelle mense scolastiche riguardano il 59 per cento dei bambini, con un'evidente disparità tra le regioni italiane;

in data 16 maggio 2014, nel corso dell'evento web «hangout 5<sup>azioni</sup>», dedicato al diabete e bambini, realizzato sulla piattaforma digitale «Google plus» e trasmesso sul portale «youtube», cui hanno partecipato in diretta insegnanti, psicologi, genitori e mamme blogger («Mamma che blog», «Mamma felice», «Genitori crescono», «Mammifera digitale», «Filastrocche»), si è svolto un acceso dibattito sulle necessità e le problematiche che il bambino con diabete e lo stesso contesto con cui si rapporta si trovano ad affrontare,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non ritengano urgente e doveroso creare presidi diabetologici per pazienti diabetici pediatrici più a misura di bambino, in grado di dare un adeguato supporto medico e psicologico ai più piccoli e dunque più sensibili;

se non ritengano opportuno dare supporto alle famiglie dei minori sia nel comprendere la patologia, per gestirla al meglio e non subirla, sia per supportare con maggiore serenità il bambino diabetico;

se non ritengano necessario diffondere e promuovere la cultura sul diabete giovanile all'interno delle realtà scolastiche, coinvolgendo tutti gli attori implicati nella gestione di un bambino con diabete (quali corpo docente, personale scolastico, genitori), anche al fine di agevolare la diagnosi precoce individuando quanto prima i possibili segnali di esordio della patologia;

se possa esser auspicata la creazione di un portale da parte del Ministero della salute dedicato alle famiglie ed ai pazienti diabetici pediatrici per fornire loro informazioni attendibili e supporto in tempo reale.

(3-01364)

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(344) *DE POLI*. – *Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'autismo e disposizioni per l'assistenza alle famiglie delle persone affette da questa malattia*

(359) *RANUCCI*. – *Cura e tutela delle persone con disturbi dello spettro autistico*

(1009) *Venera PADUA ed altri*. – *Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie*

(1073) *Magda Angela ZANONI*. – *Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone affette da autismo e per l'assistenza alle loro famiglie*

(1487) *Manuela SERRA ed altri*. – *Disposizioni a favore delle persone autistiche*

– e petizioni nn. 542 e 932 ad essi attinenti

#### Art. 1.

##### (Finalità)

1. Gli interventi di cui alla presente legge sono diretti ai soggetti con diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo i criteri contenuti nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) al fine di favorire, tenuto conto delle peculiarità dei singoli disturbi dello spettro autistico, il normale inserimento nella vita sociale delle persone che ne sono affette.

2. Gli interventi di cui al comma 1 sono rivolti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

*a)* diffondere la cultura della necessità di una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico;

*b)* promuovere la piena accessibilità alle informazioni relative all'autismo e ai servizi sanitari correlati;

*c)* promuovere progetti internazionali di ricerca con particolare riguardo ai settori della genomica, gastroenterologia, neuroimmunità, metabolismo e detossificazione;

*d)* promuovere la costituzione di banche dati coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità che consentano di monitorare l'andamento epidemiologico dei disturbi dello spettro autistico e i risultati degli interventi preventivi terapeutici e riabilitativi erogati.

## Art. 2.

*(Linee guida)*

1. L'Istituto Superiore di Sanità aggiorna ogni tre anni, sulla base della documentazione scientifica nazionale e internazionale, le Linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico di seguito denominate «Linee guida».

2. Le Linee guida hanno a oggetto le raccomandazioni relative agli interventi farmacologici e non farmacologici per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico basate sull'evidenza, per distinte fasce d'età, di soggetti trattati. L'Istituto Superiore di Sanità pubblica e aggiorna ogni tre anni l'elenco degli esperti esterni e dei centri scientifici e clinici che collaborano alla redazione delle Linee guida. Prima di ogni approvazione triennale delle Linee guida, l'Istituto Superiore di Sanità pubblica il relativo progetto nel proprio sito internet, invitando le istituzioni e le figure professionali coinvolte nell'assistenza a soggetti con disturbi dello spettro autistico a fornire suggerimenti e osservazioni. L'Istituto Superiore di Sanità mette a disposizione degli interessati, nel medesimo sito, procedure informatiche in grado di agevolare l'invio delle osservazioni.

## Art. 3.

*(Livelli di assistenza)*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato ai sensi dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, sono individuate le prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di assistenza, erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale nei confronti dei soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico.

2. Le prestazioni e gli interventi farmacologici e non farmacologici sono realizzati secondo le Linee guida e le raccomandazioni di cui all'articolo 2, comma 2.

3. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano intendano, nell'ambito delle rispettive competenze, fornire a soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste dai livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, come integrati ai sensi del comma 1 del presente articolo, con fondi diversi dalla quota di riparto delle disponibilità complessive del Servizio sanitario nazionale, si attengono comunque alle Linee guida ai fini dell'individuazione dei trattamenti basati sull'evidenza scientifica.



## Art. 4.

*(Diritto all'informazione)*

1. Il foglietto illustrativo dei prodotti farmaceutici deve indicare con chiarezza se il prodotto può essere assunto senza rischio dalle persone affette da disturbo dello spettro autistico.

**ORDINI DEL GIORNO****G/344-359-1009-1073NT/1/12**

Maurizio ROMANI, BATTISTA, BIGNAMI, BENCINI, ORELLANA, CAMPANELLA, MUSSINI

La Commissione,

in sede di discussione del Testo Unificato recante «Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie»,

premessi che:

gli articoli 2 e 3 della Costituzione, nel riconoscere i diritti inviolabili dell'uomo e la pari dignità sociale di tutti i cittadini di fronte alla legge, esprimono come principi fondamentali del nostro ordinamento l'uguaglianza di tutti i cittadini senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali, ponendo l'accento sull'adempimento di doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, nella cui cornice si inserisce il compito dello Stato di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana;

l'articolo 32 della Costituzione sancisce chiaramente la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e, appare utile ribadirlo, come interesse della collettività. In virtù della presenza di un diritto fondamentale e dell'interesse collettivo la Repubblica infine garantisce agli indigenti le cure necessarie;

l'Italia, con legge del 3 marzo 2009, n. 18 ha ratificato e resa esecutiva la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006 ed entrata in vigore il 3 maggio 2008. Scopo della Convenzione è promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità. La Convenzione pone come principi cardine il rispetto

per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale – compresa la libertà di compiere le proprie scelte – e l'indipendenza delle persone; la non-discriminazione; la piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società; il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa; la parità di opportunità; l'accessibilità; la parità tra uomini e donne; il rispetto per lo sviluppo delle capacità dei bambini con disabilità e il rispetto per il diritto dei bambini con disabilità a preservare la propria identità;

nel maggio 1996 è stata adottata, come risoluzione formale del Comitato degli affari sociali del Parlamento Europeo, la Carta dei diritti delle persone autistiche. La Carta sancisce il diritto delle persone affette da autismo a godere degli stessi diritti e privilegi di qualsiasi altro cittadino di uno Stato europeo, nella misura delle proprie possibilità e perseguendo il proprio interesse, ribadendo la necessità che questi diritti siano valorizzati, protetti e applicati in ogni Stato attraverso una legislazione appropriata;

impegna il Governo:

ad attivarsi concretamente al fine di garantire un sostegno adeguato alle persone affette da autismo che tenga conto delle diverse fasi evolutive della loro esistenza, ponendo l'accento in particolare sull'ambiente di vita scolastico e nell'ambito formativo-professionale, contribuendo altresì a ridurre le difficoltà di ordine economico che dovessero ostacolare l'esercizio del diritto inviolabile di ogni essere umano al proprio sviluppo.

---

#### **G/344-359-1009-1073NT/2/12**

SERRA, TAVERNA, FUCKSIA, SIMEONI, MONTEVECCHI

La Commissione,

in sede di discussione del Testo Unificato recante «Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie»,

premesso che:

i soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico sono in costante aumento e costituiscono una sempre e preoccupante problematica socio-sanitaria;

l'Analisi Comportamentale Applicata (ABA) è definita come la scienza che ha come oggetto lo studio delle interazioni psicologiche tra individuo e ambiente e ha come metodo quello scientifico proprio delle scienze naturali. Tale metodo ha ottenuto successi nell'ambito della disabilità in generale e nello specifico nella cura e riabilitazione dei soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico;

considerato che:

l'articolo 5 reca «Politiche in materia di autismo nei Piani sanitari regionali»;

impegna il Governo:

a promuovere, nel pieno rispetto dell'autonomia scolastica, all'interno del corso di specializzazione per gli insegnanti di sostegno interno al corso di laurea in scienze della formazione primaria, l'istituzione di corsi di formazione che hanno per oggetto l'Analisi Comportamentale Applicata (ABA).

---

### **G/344-359-1009-1073NT/3/12**

SERRA, TAVERNA, FUCKSIA, SIMEONI, MONTEVECCHI

La Commissione,

in sede di discussione del Testo Unificato recante «Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie»,

premesso che:

il disturbo dello spettro autistico costituisce una preoccupante problematica socio-sanitaria e che la rapida crescita registrata nell'ultimo ventennio evidenzia uno stato di vera e propria emergenza sotto il profilo strettamente sanitario e sociale;

l'inclusione sociale dei soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico deve essere assicurata attraverso il coinvolgimento delle famiglie e il ricorso a personale educativo e scolastico adeguato che agevoli il percorso della persona autistica;

considerato che:

l'articolo 5 reca «Politiche in materia di autismo nei piani sanitari regionali»;

impegna il Governo:

a predisporre, all'interno di ogni istituzione scolastica in cui sono presenti bambini affetti da disturbo dello spettro autistico, team di professionisti specializzati che hanno ottenuto un riconoscimento scientifico e professionale validato nella cura e riabilitazione del disturbo dello spettro autistico, al fine di supportare anche in assenza dell'insegnante di sostegno, gli insegnanti curricolari.

---

**EMENDAMENTI****Art. 1.****1.1**

I RELATORI

*Sostituire l'articolo 1 con il seguente:*

«Art. 1. – (*Finalità*). – 1. La presente legge, ai sensi di quanto previsto dalla risoluzione ONU n. A/RES/67/82 sui bisogni delle persone con autismo approvata il 12 dicembre 2012, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico».

---

**1.2**

Maurizio ROMANI, BATTISTA, BOCCHINO, BIGNAMI, BENCINI, ORELLANA, CAMPANELLA, MUSSINI

*Al comma 1, premettere il seguente:*

«1. L'autismo è riconosciuto come malattia sociale permanentemente invalidante. Dopo la prima diagnosi, ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, la persona autistica, in mancanza di una richiesta di parte, non viene sottoposta ad ulteriori visite di revisione periodica, anche se in età evolutiva».

---

**1.3**

Maurizio ROMANI, BATTISTA, BOCCHINO, BIGNAMI, BENCINI, ORELLANA, CAMPANELLA, MUSSINI

*Al comma 1, dopo le parole: «disturbi mentali (DSM)» inserire le seguenti: «, nonché le condizioni definite dalla rubrica F84 dell'International Statistical Classification of Diseases (ICD-10 e le classificazioni aggiornate ICD-11) dell'Organizzazione mondiale della sanità».*

---

**1.4**

BIANCONI, CHIAVAROLI

*Al comma 2, lettera c), dopo le parole: «detossificazione» aggiungere le seguenti: «, validazione di interventi riabilitativi comportamentali;».*

---

**1.5**

SIMEONI, TAVERNA, FUCKSIA, SERRA, MONTEVECCHI

*Al comma 2 dopo la lettera d) inserire la seguente:*

*«d-bis) promuovere progetti finalizzati alla partecipazione dei soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico ad attività ludiche, ricreative, di tempo libero e sportive ed alle terapie riabilitative con l'utilizzo di animali».*

---

**1.6**

SERRA, TAVERNA, FUCKSIA, SIMEONI, MONTEVECCHI

*Dopo il comma 2 inserire il seguente:*

*«2-bis. L'autismo è riconosciuto come malattia sociale e condizione patologica totalmente e permanentemente invalidante. Dopo la prima diagnosi, ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che tenga conto delle classificazioni aggiornate ICD-11 e DSM-5, vincolanti per tutti i successivi controlli di enti erogatori di previdenze e assistenze, la persona autistica, in assenza di richiesta di parte, non viene sottoposta a ulteriori visite di revisione periodica anche se in età evolutiva».*

---

**Art. 2.****2.1**

I RELATORI

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«Art. 2. – (Linea guida). – 1. L'Istituto Superiore di Sanità aggiorna la Linea guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età della vita sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche*

e terapeutiche derivanti dalla letteratura e dalle buone pratiche nazionali ed internazionali».

---

**Art. 3.**

**3.1**

I RELATORI

*Sopprimere l'articolo.*

---

**3.0.1**

SERRA, TAVERNA, FUCSIA, SIMEONI, MONTEVECCHI

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

«Art. 3-bis.

*(Fondo nazionale per l'autismo)*

1. Al fine di realizzare la piena integrazione e inclusione sociale dei soggetti affetti da autismo nell'ambito della vita familiare, sociale e nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, è istituito, presso il Ministero della Salute, un «Fondo per la cura dei soggetti con Disturbo dello spettro autistico», di seguito denominato Fondo, con dotazione annua di 50 milioni di euro a decorrere dal 2014. Il Fondo è destinato a stabilizzare e incrementare gli interventi nell'ambito del progetto individuale di persone autistiche, di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con particolare riferimento ai ragazzi con oltre 16 anni di età.

2. Con decreto del Ministro della sanità, da adottare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti criteri e modalità di accesso al Fondo di cui al comma 1, in modo da prevedere:

a) l'assegnazione ai beneficiari di somme, anche sotto forma di un «budget personale di cura» annuale, con una componente fissa che contempli un *ticket* terapeutico mensile e una parte variabile correlata alle difficoltà della persona attraverso il quale si possa accedere e scegliere l'assistenza più idonea;

b) la libertà di scelta al soggetto, se non minore o riconosciuto, incapace, del percorso, nel limite degli interventi accreditati nelle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, assistenziale e abilitante a mezzo del *ticket* terapeutico;

c) l'assegnazione su base distrettuale di contributi per la formazione di figure professionali idonee da coinvolgere nei percorsi educativi e di sostegno dei soggetti affetti da autismo.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, valutato nel limite massimo di 50 milioni di euro a decorrere dal 2014, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307, relativa al Fondo per interventi strutturali di politica economica».

### 3.0.2

DALLA ZUANNA

*Dopo l'articolo 3, inserire il seguente:*

«Art. 3-bis.

*(Screening neonatale per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico)*

1. Il Ministro della salute, con decreto da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le Provincie autonome di Trento e di Bolzano, acquisito il parere dell'Istituto Superiore di Sanità, provvede – sulla base delle linee guida nazionali ed internazionali in materia di screening neonatale – a:

a) disciplinare le modalità di applicazione obbligatoria, per tutta la popolazione neonatale entro i diciotto mesi di vita, di un protocollo di valutazione del neuro-sviluppo finalizzato all'individuazione precoce e al trattamento tempestivo dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) consistente:

- nella somministrazione del questionario M-CHAT/R (*Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised*) da parte dei pediatri di base;
- in caso di punteggi della M-CHAT/R compatibili con una condizione di rischio per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), nell'Intervista di *follow-up* da parte di un operatore appositamente formato;

– in caso di punteggi dell'intervista compatibili con una condizione di rischio per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), nell'invito ai genitori a consultare uno specialista per i Disturbi pervasivi dello Sviluppo (DPS) dei Servizi di neuropsichiatria dell'Età evolutiva, per una valutazione diagnostica approfondita;

*b)* disciplinare le modalità di organizzazione del servizio a livello territoriale, nel rispetto delle competenze e delle attribuzioni delle Regioni previste dalla normativa vigente in materia;

*c)* istituire, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il «Centro di coordinamento nazionale sullo screening naturale per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico» con il compito di:

1) Monitorare e promuovere la massima uniformità di applicazione del protocollo sull'intero territorio nazionale;

2) Creare un archivio centralizzato sugli esiti degli screening, al fine di rendere disponibili i dati per una verifica dell'efficacia del protocollo attuato;

3) Collaborare con le Regioni per la diffusione di misure idonee alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da autismo nonché all'assistenza alle famiglie. L'istituzione e il funzionamento del Centro avvengono sulla base delle risorse finanziarie e umane previste a legislazione vigente, integrati con le risorse di cui al comma 5.

3. Il Ministro della salute provvede inoltre, con le medesime modalità di cui al comma 1, ad aggiornare periodicamente, a cadenza biennale, il citato protocollo di valutazione.

4. Ai fini del presente articolo è autorizzata la spesa di 350 mila euro per il 2014 e di 600 mila euro annui a decorrere dal 2015. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2014-2016, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2014, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

5. Le risorse di cui al comma 4 sono finalizzate alle spese connesse all'organizzazione del servizio di applicazione obbligatoria del protocollo di valutazione del neuro-sviluppo, di cui al comma 1, lettera *b)*, per la somma di 250 mila euro per il 2014 e 500 mila euro per gli anni successivi, e alle spese di istituzione e mantenimento del «Centro di coordinamento nazionale sullo screening neonatale per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico» per un totale di 100 mila euro annui a decorrere dal 2014».



**3.0.3**

I RELATORI

*Dopo l'articolo 3, inserire il seguente:*

«Art. 3-bis.

*(Riconoscimento dell'invalidità civile)*

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute provvede a modificare il decreto ministeriale 5 febbraio 1992, al fine di riconoscere la percentuale di invalidità non inferiore al 75 per cento per le persone con disturbi dello spettro autistico».

---

**Art. 4.****4.1**

I RELATORI

*Sopprimere l'articolo.*

**4.2**

BIANCONI, CHIAVAROLI

*Sopprimere l'articolo.*

**4.0.1**

PUGLISI

*Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:*

«Art. 4-bis.

*(Personale specializzato della scuola)*

Al fine di garantire l'integrazione scolastica degli alunni con disturbi dello spettro autistico, in ogni organico di rete è presente un insegnante specializzato nei suddetti disturbi».

*Conseguentemente, all'articolo 5, comma 1, sopprimere la lettera c).*

---

**4.0.2**

Elena FERRARA, PUGLISI, DI GIORGI, IDEM, MARCUCCI, MARTINI, MINEO,  
TOCCI, ZAVOLI

*Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:*

«Art. 4-bis.

*(Formazione nella scuola)*

1. Nell'ambito dei programmi di formazione iniziale e in servizio del personale docente, compresi i docenti di sostegno, e del personale dirigenziale delle scuole di ogni ordine e grado comprese le scuole dell'infanzia, è assicurata un'adeguata preparazione riguardo alle problematiche relative ai disturbi dello spettro autistico finalizzata ad acquisire la competenza per riconoscere precocemente i segnali dei suddetti disturbi e la conseguente capacità di applicare strategie didattiche, metodologiche e valutative adeguate.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca individua, con proprio decreto, le modalità di formazione dei docenti e dei dirigenti di cui al comma 1.

3. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata una spesa pari a 1 milione di euro per l'anno 2014 e a 2 milioni di euro per l'anno 2015. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307».

*Conseguentemente, all'articolo 5, comma 1, sopprimere la lettera c).*

---



