



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 19

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

234^a seduta: giovedì 14 maggio 2015

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 10 e <i>passim</i>
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 7, 10
DI GIORGI (PD)	10
PIGNEDOLI (PD)	8
SERRA (M5S)	6
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	12

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, Italia dei Valori, Vittime della Giustizia e del Fisco): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI, IdV, VGF); 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-Federalismo Autonomie e Libertà: Misto-FAL; Misto-Italia Lavori in Corso: Misto-ILC; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra al lavoro: Misto-SaL; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL; Misto-Verdi: Misto-Verdi.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

INTERROGAZIONI

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

In assenza della senatrice Bisinella, propongo di rinviare lo svolgimento dell'interrogazione 3-01512, a sua firma, ad altra seduta.

Poiché non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01819, presentata dalla senatrice Serra e da altri senatori.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta la trasmissione audiovisiva per la procedura informativa che sta per iniziare e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Do subito la parola al sottosegretario di Stato per la salute De Filippo, che ringrazio per la sua disponibilità.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Premesso che l'esigenza dell'aggiornamento del decreto ministeriale n. 332 del 1999, e dell'allegato nomenclatore delle protesi, è totalmente condivisa da questo Ministero, ricordo che, a seguito dell'approvazione del nuovo Patto della Salute 2014-2016 e della previsione di provvedere all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, è stato attivato un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, di Agenas e delle Regioni, per la revisione dei documenti già prodotti in passato e la formulazione di una nuova proposta di disciplina dell'assistenza protesica.

Sono state confermate le linee portanti e rafforzati i principi ispiratori dei precedenti lavori di revisione e sono stati inseriti gli ausili e i dispositivi che l'evoluzione scientifica e tecnologica in materia ha reso disponibili sul mercato del settore, ma che oggi non possono essere prescritti.

Nelle descrizioni degli ausili, tra l'altro, sono stati introdotti riferimenti a nuovi materiali e a nuovi criteri di qualità costruttiva, al fine di scongiurare il rischio di erogare ausili di scarsa qualità e con caratteristiche tecniche insufficienti.

La struttura degli elenchi conferma la distinzione tra protesi «su misura» (elenco 1) e dispositivi «di serie», ripartiti in due elenchi (2A e 2B).

Il primo elenco (2A) contiene i dispositivi che devono essere messi in uso da parte di un tecnico abilitato, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza; per la messa in uso, la ASL potrà avvalersi dei tecnici messi a disposizione dalle aziende che si sono aggiudicate la fornitura, di tecnici che operano per conto delle ASL tramite apposite convenzioni o, infine, di dipendenti delle ASL stesse.

Il secondo elenco (2B) contiene i dispositivi che possono essere consegnati all'assistito in condizione di essere immediatamente utilizzati. Nella proposta attuale, rispetto a quella del 2008-2010, si è convenuto di aumentare il numero degli ausili inseriti nell'elenco 2B, in forza della convinzione che la mancanza dello specifico intervento del tecnico per la «messa in uso» non pregiudica la corretta utilizzazione da parte dell'assistito dei dispositivi trasferiti.

In base alla proposta ministeriale, quando si tratta di un dispositivo «su misura», l'assistito potrà liberamente rivolgersi a qualunque erogatore accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale e il dispositivo verrà «costruito» previa rilevazione delle misure dello specifico utente, anche se, nella maggior parte dei casi, il professionista sanitario procederà assemblando componenti prodotti industrialmente. Quando si tratta di un dispositivo di produzione industriale (un deambulatore, una carrozzina, un letto ortopedico e così via), la regola generale per la pubblica amministrazione è il ricorso a procedure pubbliche di acquisto che, mettendo in concorrenza più produttori, consentano di contenere la spesa a parità di qualità, analogamente a quanto accade per l'acquisto di farmaci o per l'acquisto di dispositivi impiantabili.

Dal testo dell'interrogazione in esame sembrano emergere alcune preoccupazioni, che attengono ai seguenti punti.

Innanzitutto, l'acquisto tramite gara non consentirebbe una corretta «individuazione» dell'ausilio più adatto ad un determinato paziente nella fase di «scelta» e impedirebbe la sua personalizzazione in quella di utilizzo.

In secondo luogo, le procedure di gara non consentono di soddisfare specifiche esigenze degli assistiti e possono riflettersi negativamente sulla efficacia della fornitura.

Per quanto riguarda il primo aspetto che ho ora richiamato, sono note da tempo le obiezioni che alcune associazioni di professionisti muovono nei confronti dello schema di revisione: esse sostengono che, per l'individuazione dell'ausilio da prescrivere, sia indispensabile l'apporto professionale del tecnico di settore che, attraverso la prova sul paziente di diverse tipologie di ausili, può scegliere quella che risponde meglio alle specifiche necessità dell'assistito. Secondo le associazioni, questa esigenza imporrebbe di includere gli ausili in questione nell'elenco di quelli «su misura».

Comprendendo la finalità della richiesta, si anticipa che nello schema di decreto è previsto che: «Nel caso in cui il processo di individuazione della protesi o ausilio appropriati rispetto alla necessità dell'assistito risulti di particolare complessità, oppure per la individuazione degli ausili infor-

matici, di comunicazione e di controllo ambientale, il medico specialista può avvalersi della collaborazione di un professionista abilitato all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria o di altri tecnici con specifiche competenze professionali nell'ambito degli ausili».

Per quanto riguarda, invece, la personalizzazione dell'ausilio «di serie» a particolari e specifiche esigenze di alcuni assistiti, la proposta di aggiornamento del nomenclatore prevede la possibilità di «personalizzare» i dispositivi industriali che necessitino di adattamenti, assemblaggi o regolazioni di assetto; in questi casi, il medico accompagnerà la prescrizione del dispositivo con la prescrizione di una specifica prestazione professionale, descritta nell'allegato 2C al nomenclatore.

Non è da escludere, peraltro, che le gare indette per l'acquisto di tali ausili prevedano anche l'eventuale fornitura di un servizio di «personalizzazione», così che il soggetto che produce l'ausilio sia il medesimo che dovrà adattarlo, se necessario.

Per quanto riguarda invece il secondo aspetto quello relativo agli acquisti con gara nel settore degli ausili di serie, non è difficile convenire sul fatto che, per molti di essi è possibile procedere con sufficiente tranquillità ad acquisti per grandi quantità. Per l'acquisto di altri dispositivi, viceversa, occorre procedere con attente valutazioni, perché le condizioni e le caratteristiche morfologiche e cliniche delle persone riceventi sono decisive per realizzare la scelta appropriata: ne consegue che non è possibile immaginare che un'ordinaria procedura di gara ad evidenza pubblica, che porti all'aggiudicazione di un solo modello di dispositivo, per quanto ben gestita e condotta, sia in grado di soddisfare esigenze tra loro fortemente differenziate.

In questi casi è necessario che lo specialista segnali le caratteristiche tecniche e i requisiti strutturali e funzionali di una tipologia di ausili che risponda alle specifiche esigenze dell'assistito. Il medico responsabile di tali prescrizioni è chiamato ad operare una sintesi tra le esigenze cliniche dell'assistito, le sue eventuali «preferenze», le condizioni di contesto dell'intervento assistenziale/riabilitativo e, sulla base di questi elementi, a redigere la prescrizione scegliendo tra i dispositivi dettagliatamente descritti nei nuovi elenchi proposti, quello che meglio risponde al complesso delle esigenze individuate.

In base a tali indicazioni, gli uffici delle ASL preposti agli acquisti devono interagire con il mercato avvalendosi dei più appropriati strumenti introdotti dal Codice dei contratti pubblici e dal successivo regolamento di attuazione e di esecuzione (DPR n. 270 del 2010) che, com'è noto, prevede una casistica abbastanza ampia delle modalità di gara.

In estrema sintesi, molti operatori economici, sia pubblici sia rappresentanti del mercato, ritengono che l'unica forma di acquisto a gara consentita e/o applicabile sia la gara ordinaria ad evidenza pubblica che porti all'aggiudicazione di un solo tipo o modello di ausilio, non considerando alcuni differenti istituti e strumenti operativi, che sono previsti nei DPR citati, caratterizzati da una sufficiente semplificazione degli atti ed una adeguata tempestività delle azioni che, nel rispetto delle vigenti norme,

non restringono artificiosamente la selezione del bene più adatto (quello indicato nella prescrizione), ma, invece, garantiscono la piena concorrenza tra i produttori e distributori e la trasparenza delle procedure, oltre ad una maggiore sostenibilità finanziaria delle operazioni che ha ispirato, tra le altre cose, questa proposta preliminare.

Per fare in modo che ciò avvenga, non vi è dubbio che occorra una sostanziale crescita culturale nelle centrali di committenza e una più efficace sinergia operativa tra i prescrittori e i responsabili degli acquisti, che devono imparare ad utilizzare tutti gli strumenti messi a disposizione dal Codice degli appalti. Questa è la frontiera auspicata.

A questo fine, il Ministero si impegna, fin da ora, a dare piena attuazione alla legge di stabilità 2015 che, al comma 587, prevede: «il Ministero della salute, avvalendosi dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell’Agenzia italiana del farmaco, con proprio decreto, provvede, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, a: definire, attraverso l’istituzione di una cabina di regia, con il coinvolgimento delle regioni, dell’AGENAS e dell’AIFA, sentiti i rappresentanti dei pazienti, dei cittadini e dell’industria, anche in conformità alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, le priorità ai fini assistenziali; individuare, per la predisposizione dei capitolati di gara, i requisiti indispensabili per l’acquisizione dei dispositivi medici a livello nazionale, regionale, intra-regionale o aziendale, e indicare gli elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee, garantendo, al fine delle esigenze terapeutiche, più tipologie per i presidi utilizzati per la terapia domiciliare delle patologie croniche adattabili ai diversi tipi di pazienti, fatto salvo il principio della valutazione costo-efficacia, e per l’individuazione dei prezzi di riferimento; istituire una rete nazionale, coordinata dall’AGENAS, di collaborazione tra le regioni per la definizione e per l’utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici».

Concludo con una informazione molto importante ai fini della risposta, raccogliendo le preoccupazioni degli onorevoli senatori interroganti, ricordo che lo schema di provvedimento è ancora nella fase iniziale per la sua adozione. Deve, infatti, intervenire l’approvazione della Conferenza Stato-Regioni, nonché il parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Vorrei anche, in conclusione, garantire che attesa la complessità delle questioni in esame che ho elencato e che sono contenute nella proposta di DPCM presentata alla Conferenza e che dopo l’approvazione arriverà nelle Commissioni parlamentari, il Ministero sta già effettuando ulteriori approfondimenti sui tanti punti sollevati dalle Associazioni e, per molti aspetti, riprese dagli onorevoli interroganti.

SERRA (M5S). Signor Presidente, sono completamente insoddisfatta della risposta. Mi aspettavo chiarimenti sulle ipotesi e le proposte ma in realtà, dal 1999 ad oggi, si continua solo a fare promesse. Si doveva pensare ad un aggiornamento ogni due anni e ancora oggi, nel 2015, si continua a fare proposte. Le associazioni di settore e le persone che affron-

tano il problema non sanno come risolvere la questione del sistema degli ausili. Si tratta, infatti, di sistemi che utilizzano tecnologie molto complesse che noi, in Italia, continuiamo a vedere per ragazzini che hanno magari delle semplici sedie a rotelle che ormai non funzionano più o che non si sanno utilizzare funzionalmente.

Il Governo, quindi, ha una grossa responsabilità perché continua a fare proposte ma nella realtà si blocca sempre. Anche nella precedente legislatura erano state fatte le stesse promesse e le stesse dichiarazioni che lei mi sta facendo adesso, quindi c'è qualcosa che non va. Nell'aggiornamento del nomenclatore non si può creare un legame con i LEA perché il sistema delle assistenze tecniche e tecnologiche di questi strumenti non rientra nei LEA e inoltre non si può insistere con l'idea delle gare. Queste persone, infatti, hanno grossissime problematiche di movimento e grandi difficoltà di vita. Non sono liberi di vivere e dovrebbero aspettare le gare di appalto che chissà quanto durano e chissà come durano? Focalizziamo anche questi problemi. Non si tratta solo di un problema tecnico ma è anche e soprattutto un problema di reale efficacia del sistema utilizzato.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01874, presentata dalla senatrice Pignedoli e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riferimento alla questione in esame, ricordo che come riportato nel punto 1) «Misure di politica sanitaria e di accreditamento» dell'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, circa il documento con le linee di indirizzo degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, il processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera è un impegno già previsto dal «Patto per la Salute 2010 – 2012», siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Nell'accordo citato, si raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite all'anno quale parametro standard a cui tendere per il mantenimento o l'attivazione dei punti nascita; quelli con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti all'anno, potranno essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione del servizio di trasporto assistito materno (STAM).

È compito di ogni Regione modulare i propri interventi sanitari in base alle necessità ed alle realtà territoriali, tenendo conto delle linee guida nazionali, frutto di un lavoro complesso di esperti, società scientifiche e di strutture tecniche regionali e nazionali.

Nelle more dell'adozione della riorganizzazione della rete ospedaliera, sono stati previsti degli interventi, sia per le piccole isole sia per i numerosissimi piccoli e piccolissimi centri abitati sparsi in aree di difficile

accesso, in gran parte dotati di minime strutture sanitarie autonome, spesso significativamente distanti da presidi ospedalieri e, in molti casi, sottoposti a pressione turistica stagionale che acutizza le problematiche del servizio sanitario, incapace di apprestare risposte anche per la fase di emergenza-urgenza.

Pertanto, è di fondamentale importanza analizzare, nell'ambito delle singole realtà regionali, i dati delle fonti informative correnti, per definire la situazione attuale ed i punti critici.

È necessario che in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita, si proceda ad un parallelo ridisegno delle Unità operative di assistenza neonatale, corrispondenti per intensità di livello assistenziale ai punti nascita, nonché all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'emergenza (STEN).

Per la riorganizzazione dei punti nascita e delle unità operative di pediatria/neonatologia e di terapia intensiva neonatale, nell'allegato 1-b del suddetto documento, vengono forniti criteri per l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi a suo tempo definiti da un gruppo ristretto di esperti nel settore. Proprio al fine di assicurare una risposta sanitaria a queste situazioni e per garantire l'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Ministero della salute ha provveduto, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni del 20 luglio 2011, a formalizzare la proposta di deliberazione CIPE che, nell'ambito dell'assegnazione delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011, prevede un accantonamento di risorse economiche per la realizzazione di un progetto interregionale in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, nonché di un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari. Tale intervento pertanto assicurerà, ottimizzandola, l'effettiva erogazione dei LEA, soprattutto in quelle realtà caratterizzate dalla loro esiguità dimensionale, abitativa o geomorfologica. È necessario quindi dare piena attuazione a tutte le azioni, così come sono previste dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, citato dagli onorevoli interroganti, per realizzare la più volte auspicata riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita e, in particolare, della rete dei punti nascita, al fine di tutelare mamma e bambino in un percorso nascita che sia gestito in modo tale da assicurare assistenza idonea in termini di qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, in risposta anche ad un'evidente esigenza, tenuto conto dei tanti fatti di cronaca che in questi ultimi mesi abbiamo registrato.

PIGNEDOLI (PD). Comprendo benissimo e, anzi, condivido molto l'obiettivo di uniformare a livello nazionale i parametri in materia di punti nascita, al fine di realizzare nel nostro Paese una rete che garantisca la massima sicurezza, anche alla luce dell'elevato numero di parti cesarei che, in alcune parti del territorio – come quelle da cui provengo e che conosco meglio – sono ormai il 40 per cento: in effetti non si tratta più di un

intervento di carattere eccezionale, ma addirittura di una vera e propria modalità di nascita. Non posso considerarmi tuttavia soddisfatta della risposta, soprattutto per il fatto che non si è proceduto ad una valutazione approfondita dei criteri da applicare e che nelle decisioni, alla fine, il riferimento è a due soli numeri fissi: si parla di 1.000 nascite all'anno, con un numero minimo non inferiore comunque a 500 parti all'anno. Innanzitutto c'è da dire che, quando si fissano dei numeri, c'è sempre un problema e possono determinarsi paradossi, come quello di chiudere un presidio perché le nascite in un anno sono state, ad esempio, 490, anziché 500. Se non sbaglio, una situazione di questo tipo si è determinata in Abruzzo, dove mi auguro che ci sia tuttavia un margine per poter intervenire.

Quello che mi chiedo è se, indipendentemente dal numero dei parti e dalla dimensione della casistica, che certamente costituisce di per sé una garanzia – su questo non c'è dubbio – non si debba fare una valutazione d'insieme su tutti i parametri richiesti, tenendo conto, oltre che del numero delle nascite, anche degli *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza. Sarebbe utile, ad esempio, valutare anche la dimensione della casistica in relazione all'*équipe* operativa, soprattutto nel caso di quei presidi ospedalieri che rispondono a tutta una serie di *standard* (sale operatorie attrezzate e servizi) perché integrati magari con poli ospedalieri più grandi: è il caso del paese dal quale provengo, dove c'è un ospedale collegato che quello del capoluogo della Provincia. In questi casi la valutazione dovrebbe essere legata proprio all'esperienza dell'*équipe* medica, più che al numero dei parti annui del presidio.

Inoltre, non si tiene conto del fatto che il territorio italiano è per il 50 per cento montuoso e che spesso ci sono aree di montagna – è il caso del mio territorio – in cui le distanze tra il capoluogo e quello che sarà il nuovo punto nascita sono enormi, superando l'ora e mezza, con condizioni di viabilità davvero molto difficili, soprattutto in inverno, e dove non so se il sistema di trasporto assistito sarà sufficiente per poter mettere in sicurezza la mamma e il bambino.

Credevo che forse si dovrebbe prendere in considerazione ancora di più la possibilità per cui – la dico in maniera molto semplice – siano i medici, i professionisti a muoversi, anziché le persone. Mi chiedo se questa non possa diventare una modalità da applicare in maniera estesa, al di là di singoli casi: in Toscana, ad esempio, mi pare che al momento sia stata prevista una deroga.

Esiste certamente una difficoltà a reperire professionisti in questo settore, visto che molti medici non sono disponibili ad andare a lavorare in presidi più piccoli e, dal momento che c'è anche una certa richiesta di mercato, possono scegliere. Sarebbe utile allora assumere una decisione a livello nazionale, prevedendo che siano i professionisti e le *équipe* a girare, anziché gli utenti. Credevo che una scelta di questo tipo sarebbe estremamente importante per il nostro sistema, proprio perché siamo un Paese per il 70 per cento montuoso o collinare.

Sono convinta quindi che, soprattutto per il servizio sanitario legato alla nascita, debba essere garantito un livello che si sposa più con le caratteristiche del nostro territorio che non con le esigenze dei medici e dei professionisti.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01838, presentata dalle senatrici Di Giorgi e Padua, concernente il punto nascita dell'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In riferimento alla prevista chiusura del punto nascita dell'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù (Palermo), si segnala che il Ministero della salute è a conoscenza dei fatti indicati nell'interrogazione; al riguardo, presso il Ministero si sono già svolti gli incontri con i rappresentanti del Comitato per il Centro Nascite delle Madonie e Nebrodi.

Il Ministero della salute ha trasmesso alla Regione siciliana le prescrizioni relative alla riorganizzazione della rete di offerta, a cui la Regione ha risposto con successive note del 13 e del 14 marzo 2015 e del 23 aprile 2015.

Le richieste di deroghe da parte della Regione siciliana sono attualmente alla valutazione degli uffici competenti di questo Ministero, che forniranno le valutazioni al riguardo, legate alla necessità di assicurare comunque la presenza degli *standard* organizzativi, tecnologici e di sicurezza di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, nella logica del rispetto dei principi di appropriatezza organizzativa, efficienza ed economicità e sostenibilità economica ed efficacia.

Aggiungo che in ordine alla questione in esame, la prefettura di Palermo ha segnalato che, con la nota del 23 aprile 2015, l'assessorato della salute della Regione siciliana, tenuto conto degli oggettivi disagi di viabilità causati dall'interruzione di un tratto dell'autostrada A19, che rende difficoltosi i collegamenti sul territorio, nonché dell'istanza sottoscritta dai sindaci dei Comuni del comprensorio, ha concesso una temporanea proroga sul termine della dismissione del punto nascita dell'ospedale di Cefalù.

DI GIORGI (*PD*). Ringrazio il Sottosegretario per la sua risposta.

Mi dichiaro soddisfatta della risposta, dal momento che siamo in presenza di una proroga, che credo sia da ricondurre anche ad una disponibilità e ad una sensibilità da parte del Ministero in questa fase.

La richiesta è che non sia temporanea. A questo proposito (mi riallaccio a tutte le osservazioni svolte dalla collega che mi ha preceduto poiché si tratta dello stesso tema) credo si debbano considerare – e auspichiamo che succeda – le varie realtà e anche il tipo di servizio che tali realtà in odore di chiusura, invece, garantiscono.

Il punto nascita di Cefalù non è un luogo disgraziato che faceva un certo tipo di assistenza senza professionalità o in assenza di sicurezza. Questo era uno dei punti di eccellenza della Sicilia, un centro di eccel-

lenza che rischiava di chiudere per poche decine, forse una ventina di parti in meno rispetto a quelli previsti. È chiaro che questo presuppone una valutazione di natura diversa: è necessario entrare nel merito e capire le problematiche del territorio che, naturalmente, si trova sulla costa, come voi sapete, ma serve una serie di Comuni di montagna che, con la viabilità siciliana, si trovano in grande difficoltà a dover raggiungere, come era stato proposto all'inizio, l'ospedale di Termini Imerese. Si tratta, dicevo, di un ospedale che garantisce un'assistenza completa nelle 24 ore e presenta tutti i requisiti indispensabili per la sicurezza delle partorienti e dei neonati: c'è il ginecologo di guardia, il pediatra neonatologo di guardia, l'ostetrica di guardia, l'anestesista di guardia, la terapia intensiva (e sappiamo quanto sia importante visti i casi che ricordiamo bene e che recentemente sono avvenuti), l'unità di terapia intensiva cardiologica, il centro trasfusionale, la radiologia con TAC e REM attivi per 24 ore, i laboratori di analisi, i reparti di cardiologia, la chirurgia generale e medicina interna nonché l'assistenza di psicologia clinica dedicata all'ostetricia, sempre disponibile. La struttura dispone di 12 posti letto, un *day hospital*, un organico di otto ginecologi, quattro pediatri, sei ostetriche, sei infermiere professionali e tre operatori socio-sanitari. Ho voluto leggere questo documento, in modo anche un po' antipatico, perché si deve comprendere che cosa si va a chiudere. Naturalmente la Regione Sicilia – su questo c'è stato un grande dibattito – avrebbe dovuto porsi in modo un po' più diretto nel momento della decisione e pensare un po' di più, forse, a ciò che stava per fare. Credo che da parte del Ministero, e le parole del Sottosegretario mi confortano in questo, ci possa essere davvero un'attenzione particolare, vista l'eccellenza della struttura di cui parliamo.

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

I lavori terminano alle ore 9,10.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

SERRA, MORONESE, PUGLIA, TAVERNA, BULGARELLI, MANGILI, LEZZI, CASTALDI, MORRA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il nomenclatore tariffario è il documento emanato dal Ministero della salute, soggetto a periodico aggiornamento, con il quale si stabiliscono la tipologia e le modalità per la fornitura di protesi e ausili posti a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN). L'aggiornamento, nonostante la legge preveda che debba avvenire periodicamente, risale all'anno 1999; difatti, è ancora in vigore quello stabilito dal decreto ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999, recante «Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe». Si tratta di una vicenda annessa che, a parere degli interroganti, presenta svariate opacità e in merito alla quale sempre più persone disabili chiedono l'aggiornamento;

il regolamento si riferisce alle prestazioni di assistenza protesica che implicano l'erogazione dei dispositivi riportati nell'elenco, a ognuno dei quali è abbinato un codice in virtù del quale il Servizio sanitario nazionale individua il modello e il relativo costo. I modelli disponibili nel tariffario, attualmente, sono anacronistici, sia sotto il profilo tecnico sia sotto il profilo del reale valore sul mercato;

la legge prevede l'aggiornamento dell'elenco ogni 2 anni, in quanto la tecnologia è in continua evoluzione e la qualità di protesi e ausili migliora progressivamente; da qui nasce la necessità che il prontuario sia adeguato ai tempi, al fine di offrire ai disabili la migliore assistenza possibile e disponibile in un dato momento storico;

la tecnologia, infatti, è in continuo aggiornamento ed è in grado di produrre strumenti di supporto in grado di migliorare nettamente la vita quotidiana di chi ha necessità particolari. Altresì il mancato aggiornamento della lista contribuisce ad alimentare gli sprechi ad opera delle aziende sanitarie locali, già presenti nella spesa sanitaria. Risulta agli interroganti che il medesimo ausilio arrivi ad essere pagato anche il doppio rispetto al prezzo corrente di mercato. L'aggiornamento del prontuario risulta, quindi, necessario anche per esigenze di ottimizzazione e contenimento della spesa pubblica imposti dall'Unione europea;

considerato che:

negli ultimi anni il mancato aggiornamento del nomenclatore tariffario ha inciso negativamente sulla qualità della vita di molti disabili, alimentando, in base a quanto risulta agli interroganti, un mercato sommerso e clandestino, ove reperire le protesi e i presidi sanitari occorrenti a costi

fuori mercato, ed incentivando, dunque, la vendita illecita dei prodotti sanitari senza alcuna garanzia e assicurazione per gli utenti finali. Tale situazione e tali mancanze hanno impedito a molti disabili di avere e godere della disponibilità degli ausili utili e necessari per migliorare i vari aspetti della loro vita quotidiana, dalla postura fisica fino alla comunicazione;

di recente il Governo ha affrontato il problema partendo dai profili non espressamente inerenti allo sviluppo di un sistema più funzionale (attraverso un accesso *on line* per esempio, facilitando, in tal modo, la conoscenza dei modelli di ausili ottenibili dal SSN), ma relativi alle modalità di svolgimento delle gare d'appalto per la fornitura degli ausili di serie, tralasciando, a parere degli interroganti, gli aspetti più sensibili e urgenti del problema;

nella relazione allegata alla bozza del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del marzo 2015 che definisce le modalità di erogazione dei dispositivi inclusi nell'assistenza protesica, è previsto che tutti gli ausili, con eccezione delle protesi e delle ortesi su misura, dovranno essere acquistati tramite gara. Tale modalità non garantisce ai disabili che necessitano di tali ausili di ottenere, in virtù delle indicazioni cliniche, i presidi, inclusi nell'elenco, più idonei che invece, in base a quanto risulta agli interroganti, vengono assicurati ai soli utenti che necessitano di ausili per stomia;

a parere degli interroganti, occorre adottare gli strumenti idonei e finalizzati a fornire ausili adeguati, garantendo, al contempo, il controllo della spesa pubblica ed il controllo della prestazione che viene fornita. Ciò potrebbe avvenire mediante la registrazione di ogni tipologia di ausilio in un repertorio di tutti i modelli utilizzabili con costi a carico del SSN, in modo che la scelta da operare sia chiara e condivisa tra medico prescrittore ed assistito;

considerato inoltre che:

riconoscere le reali esigenze di coloro che necessitano di speciali ausili nella vita quotidiana significa comprendere e interpretare le necessità particolari dei singoli, garantendo, in tal modo, un processo di vita indipendente. In caso contrario, coloro che devono soddisfare i propri bisogni con prodotti adeguati dovranno autonomamente fare ricorso al libero mercato, accollandosi i relativi costi, in spregio ai principi costituzionali sanciti dagli articoli 3 e 32 della Costituzione;

in Italia ci sono circa 3 milioni di disabili, la cifra aumenta se si computano anche coloro che hanno un apprezzabile livello di difficoltà; a tali somme si devono aggiungere i nuclei familiari che vivono e condividono le stesse vicende. A giudizio degli interroganti una soluzione definitiva e celere appare, ragionevolmente, non ulteriormente procrastinabile, si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto esposto e, in particolare, della sussistenza di un mercato clandestino in cui risulti possibile reperire presidi sanitari a costi fuori mercato, senza alcuna assicurazione e garanzia ufficiale in ordine alla loro sicurezza e funzionalità;

se abbia adottato iniziative o intenda intervenire con provvedimenti di competenza per tutelare la salute delle persone coinvolte, anche in considerazione della loro particolare condizione di vita;

quali siano i motivi per cui non si propenda attualmente per un sistema, già vigente negli altri Paesi europei, che garantisca, a parità di spesa, la scelta diretta da parte delle persone disabili degli ausili disponibili sul mercato, erogabili con oneri a carico dello Stato, tra quelli più adatti alle varie problematiche sanitarie, fissando, per ogni categoria, un tetto massimo di spesa.

(3-01819)

PIGNEDOLI, PEZZOPANE, FABBRI, SOLLO, PUPPATO, ALBANO, CUOMO, GIACOBBE, FAVERO, SAGGESE, DEL BARBA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'accordo tra il Governo, le Regioni e gli enti locali del 16 dicembre 2010 riferito alle «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del parto cesareo» contiene un'analisi approfondita sui punti nascita e riporta tra i punti di maggiore criticità l'eccessivo ricorso al taglio cesareo, che ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi europei, con una percentuale che raggiunge il 38 per cento passando dall'11 del 1980 al 38,4 per cento del 2008;

i punti nascita con un numero di parti inferiori a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesia logica e medico-pediatrica attiva 24 ore, rappresentano ancora una quota intorno al 30 per cento del totale, mentre nelle unità operative più grandi e di livello superiore dove c'è concentrazione elevata di patologia, il tasso di cesarei è molte volte inferiore, sebbene la variabilità sia ampia;

nell'ambito delle 10 linee di indirizzo contenute nell'accordo, in specifico nelle misure di politica sanitaria e di accreditamento, per quanto riguarda la riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita si fissa il numero di almeno 1000 nascite all'anno quale parametro *standard* a cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita;

sulla base di motivate valutazioni l'accordo prevede la possibilità di *standard* minori, ma comunque non inferiori a 500 parti l'anno;

considerato che, a quanto risulta agli interroganti:

nelle aree di montagna, nei distretti delle zone rurali non sono praticamente mai raggiungibili numeri di parti annui di tale dimensione, pur in presenza di presidi ospedalieri attrezzati e professionalmente adeguati;

l'assunzione di tale numero di riferimento porterebbe nel nostro Paese alla chiusura pressoché totale dei punti nascita dei distretti montani e delle zone rurali,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo possa indicare su quali criteri sia stato stabilito lo *standard* minimo di 500 parti, come limite di sicurezza, oltre

allo stato di fatto che registra un'alta percentuale dei cesarei nei piccoli presidi ospedalieri;

per quale ragione non sia possibile valutare l'accreditamento del punto nascita a partire dai requisiti dei livelli professionali, strutturali e tecnologici anche con moduli organizzativi derivanti da integrazioni ospedaliere e non avere come discriminine essenziale il riferimento numerico dei parti annui;

quali misure specifiche, a tutela della donna partoriente e del nascituro, si pensa di adottare in presenza di tempi lunghi di percorrenza dovuti alle peculiarità orografiche dei territori montani, per l'accesso all'assistenza non programmata in presenza di criticità impreviste;

se non si ritenga infine che il discriminine dello *standard* numerico porti ad un processo di concentrazione su grandi presidi ospedalieri e prefiguri una riduzione eccessiva dei servizi nelle zone rurali anche di carattere primario per le comunità, come l'assistenza qualificata nel momento della nascita.

(3-01874)

DI GIORGI, PADUA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il piano sanitario della Regione Siciliana 2011-2013, in linea con gli orientamenti programmatici nazionali e internazionali, ha inteso rimodulare la rete materno-infantile per garantire adeguati *standard* di qualità relativamente all'organizzazione ed alle funzioni collegate all'assistenza, con la finalità di attuare progressivamente le previsioni di cui alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo» di cui all'accordo della conferenza unificata Stato-Regioni, pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* del 18 gennaio 2011;

con il decreto del 14 gennaio 2015 dell'Assessorato per la salute, relativo alla «Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia», pubblicato sul supplemento ordinario della GURS n. 4 del 23 gennaio 2015 è stata prevista la chiusura del punto nascita dell'Ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù (Palermo), per mancato raggiungimento della soglia minima di 500 parti all'anno;

in base a quanto previsto dai successivi decreti attuativi assessoriali la ginecologia dell'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù dovrà pertanto essere chiusa entro il 30 aprile 2015;

considerato che:

nel 2012 sulla questione si era già pronunciato il Tar di Palermo che aveva bocciato la chiusura del punto nascita di Cefalù. Nell'ordinanza emessa si rilevava la «carezza» di motivazioni addotte a sostegno della chiusura. D'altra parte, nel riconoscere la mancata qualificazione di struttura pubblica dell'ospedale, si riconosceva tuttavia la peculiarità gestionale mista pubblico-privata che di fatto consentiva di superare la motivazione della natura non pubblica della struttura ospedaliera. Nella sentenza, inol-

tre, veniva sottolineato che il centro disponeva di un'alta qualificazione sanitaria;

nel 2013 il Tar, rispetto alla precedente pronuncia, confermava la chiusura del punto nascita di Cefalù e salvava invece quello di Termini Imerese (Palermo). Furono considerate decisive dal Tar la breve distanza che intercorre tra Cefalù e Termini Imerese e la natura mista della struttura dell'ospedale di Cefalù. Quest'ultimo, infatti, essendo una fondazione, non poteva essere totalmente assimilato a una struttura pubblica in senso stretto qual è invece il presidio ospedaliero di Termini Imerese;

rilevato che:

la costa settentrionale della Sicilia si estende per circa 220 chilometri tra Messina e Palermo, con una popolazione di circa 250.000 abitanti, ed è delimitata immediatamente a sud dalle catene montuose delle Madonie e dei Nebrodi. Da ciò si evince la posizione baricentrica della struttura di Cefalù, al confine tra la provincia di Palermo e la provincia di Messina;

l'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù è una struttura pubblica a servizio di un territorio molto vasto, non di certo inferiore, per numero di parti, per efficienza e per professionalità, ad altri centri nascita. Nel 2014 il totale dei parti è stato di 420 con un incremento, rispetto al 2013, di circa il 15 per cento. Si prevede un ulteriore *trend* di crescita nei primi mesi del 2015, con circa 20 parti in più rispetto all'anno precedente. Inoltre, non si è registrato nessun caso di mortalità neonatale e perinatale negli ultimi 5 anni; circa 10 neonati sono stati trasferiti a Palermo nel corso del 2014 nei giorni successivi al parto, durante osservazione, con dimissione nei giorni successivi al trasferimento senza nessuna complicanza imputabile al *peripartum*. Alla luce di questi dati si rileva che l'ospedale è una struttura che ha dimostrato di saper crescere in qualità e nel numero di parti;

per quanto attiene ai tagli cesarei, si evidenzia che, in controtendenza rispetto al dato regionale sul numero di interventi, la struttura di Cefalù conta già una percentuale di tagli cesarei pari a circa il 20 per cento, notevolmente inferiore quindi alla media regionale ed in linea con gli obiettivi del piano sanitario della Regione Siciliana;

l'ospedale di Cefalù dispone poi di un'assistenza completa nelle 24 ore, presentando tutti i requisiti indispensabili per la sicurezza delle partorienti e dei neonati quali: ginecologo di guardia, pediatra neonatologo di guardia, ostetrica di guardia, anestesista di guardia, terapia intensiva, unità di terapia intensiva cardiologica, centro trasfusionale e radiologia con TAC e RM attivi sulle 24 ore, laboratorio d'analisi e reparti di cardiologia, chirurgia generale e medicina interna, nonché assistenza di psicologia clinica con servizio dedicato all'ostetricia sempre disponibile. L'unità operativa, con una dotazione di 12 posti letto e un *day hospital*, conta un organico di 8 ginecologi, 4 pediatri, 6 ostetriche, 6 infermiere professionali, 3 operatrici socio-sanitarie e una puericultrice;

presenta inoltre un'assistenza ostetrico-ginecologica attiva 24 ore su 24, a differenza dei punti nascita di Termini Imerese e Petralia (Pa-

lermo) che possono contare invece solo sulla reperibilità. Tutti questi elementi dimostrano che la dotazione organica, strumentale e strutturale del punto nascita di Cefalù risulta essere ben superiore rispetto ai minimi richiesti dalla normativa;

in data 3 marzo 2015 la conferenza dei sindaci del distretto socio-sanitario 33, composta dai sindaci di Cefalù, Lascari, Gratteri, Campofelice Di Roccella, Collesano, San Mauro Castelverde, Castelbuono, Isnello e Pollina, con la partecipazione dei presidenti dei Consigli comunali e dei capigruppo consiliari, preso atto delle notizie diffuse a mezzo stampa sulla chiusura di alcuni punti nascita, fra cui quello presso l'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù, interpretando la forte richiesta che si levava dal territorio, chiedevano al presidente della Regione Siciliana, Rosario Crocetta, ed all'assessore per la salute, Lucia Borsellino, di sospendere, ove già emanato, il provvedimento di chiusura del punto nascita presso l'ospedale «Hsr G. Giglio»;

in merito il sindaco di Cefalù, Rosario Lapunzina, ha dichiarato che il provvedimento non tiene in alcun conto delle esigenze del territorio. Lo stesso sindaco ha asserito che una soluzione potrebbe essere la creazione di una rete con gli ospedali di Palermo «Civico», «Cervello» e «Villa Sofia», oggi soci della nuova fondazione «Hsr G. Giglio»;

in data 3 aprile 2015 è stato consegnato al Ministero della sanità un documento redatto dal «Comitato per il centro nascite Madonie e Nebrodi», composto da privati cittadini dei diversi comuni interessati, avente ad oggetto la richiesta di deroga per il mantenimento del punto nascita della fondazione «Hsr G. Giglio» di Cefalù,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti rappresentati e quali siano le sue valutazioni in merito;

se non ritenga opportuno intervenire, nell'ambito delle proprie competenze, affinché sia concessa una deroga, prevista dalla vigente normativa, per il mantenimento del punto nascita dell'ospedale «Hsr G. Giglio» di Cefalù, onde evitare gravissimi disservizi alla popolazione del territorio e in particolare alle partorienti che dovrebbero percorrere decine e decine di chilometri prima di poter giungere a un punto che garantisca loro adeguata assistenza.

(3-01838)

