



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 17

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

**INTERROGAZIONI**

224<sup>a</sup> seduta: martedì 21 aprile 2015

Presidenza della presidente DE BIASI

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

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 4, 7 e <i>passim</i>
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> . . . . .	3, 4, 7
DONNO (M5S) . . . . .	7
MATURANI (PD) . . . . .	9
PADUA (PD) . . . . .	4
ALLEGATO ( <i>contiene i testi di seduta</i> ) . . . . .	10

---

**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): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI, IdV); 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 14,35.*

#### INTERROGAZIONI

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01315, presentata dalla senatrice Padua e da altri senatori.

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*. Il Ministero della salute segue con costante attenzione le iniziative connesse alle problematiche riguardanti la prevenzione e la cura del diabete mellito, patologia ricompresa negli ambiti degli interventi e dei servizi erogati dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Al riguardo, nell'ambito della revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza, si è proceduto ad individuare in maniera puntuale una lista positiva di dispositivi erogabili, codificati uniformemente su tutto il territorio nazionale.

La codifica ha lo scopo di estendere a questa tipologia di assistenza il monitoraggio delle prestazioni erogate, con procedure analoghe a quelle in uso per l'assistenza farmaceutica e specialistica, nonché di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni mediche, oltre che le spese sostenute in ciascuna Regione o ASL.

Sarà possibile, quindi, intervenire più efficacemente ove fossero rilevate carenze o inapproprietezze.

Si fa presente che lo schema di D.P.C.M. è attualmente all'esame delle Regioni e del Ministero dell'economia e delle finanze, per le rispettive valutazioni di competenza.

Per gli aspetti di competenza regionale, l'assessore alla salute della Regione Sicilia ha inteso segnalare che le questioni relative ai presidi per l'autocontrollo della glicemia sono state affrontate con provvedimenti a firma dello stesso assessore.

In data 23 dicembre 2014, con decreto assessoriale n. 2264, è stato approvato l'Accordo con Federfarma relativo alla distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia. Con successivo decreto assessoriale n. 141 del 3 febbraio 2015, si è provveduto a disciplinare la fornitura dei presidi per l'autocontrollo della glicemia da parte delle parafarmacie e sanitarie.

In virtù dell'Accordo con Federfarma Sicilia, tutte le farmacie convenzionate presenti nel territorio regionale si sono impegnate a garantire l'erogazione continuativa dei presidi per diabetici, alle condizioni economiche indicate dall'accordo stesso.

Infatti, il prezzo di rimborso per ciascuna tipologia di presidio per l'autocontrollo della glicemia viene riportato in uno specifico tariffario che costituisce parte integrante dell'Accordo.

Le farmacie assicurano la pluralità di offerta dei prodotti e la libera scelta dei pazienti, applicando le nuove condizioni alle forniture di presidi per diabetici effettuate per le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione siciliana.

Le stesse condizioni e garanzie costituiscono il fondamento del decreto assessoriale n. 141 del 2015, che consente la fornitura dei presidi per l'autocontrollo della glicemia anche per il tramite delle parafarmacie e delle sanitarie, applicando le stesse disposizioni già definite per le farmacie private convenzionate dal citato Accordo del 2014.

PADUA (*PD*). Signora Presidente, mi dichiaro assolutamente soddisfatta della risposta, dalla quale abbiamo appreso che sono state individuate soluzioni adeguate ai problemi e alle difficoltà sollevati da più pazienti in alcune zone della Sicilia ed esplicitati nell'atto di sindacato ispettivo.

Grazie infatti al monitoraggio previsto dal D.P.C.M. e, in particolare per quanto riguarda la Regione Sicilia, grazie all'accordo concluso tra l'assessorato e Federfama, si garantisce l'erogazione continuativa dei presidi per diabetici ai pazienti che ne abbiano necessità presso le farmacie e, laddove queste non siano presenti, anche presso le parafarmacie e le sanitarie. Credo che questa sia un'ottima risposta e un'ottima soluzione al problema.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01421, presentata dalla senatrice Donno e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. L'endometriosi, disordine genetico poligenico multifattoriale, caratterizzata per la presenza di tessuto endometriale ectopico, che determina una reazione infiammatoria cronica, è una malattia cronica ancora poco conosciuta.

Non esistono dati nazionali sull'entità dell'endometriosi, se non i dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni per tale patologia, che ha un tempo medio di diagnosi di circa 9,3 anni, secondo due studi americani (4,7 anni prima che la paziente consulti il medico e 4,6 anni per l'identificazione e la conferma della diagnosi); non è ancora definito un trattamento *standard*, sia farmacologico che chirurgico, mentre diversa è l'evoluzione della patologia a seconda della reattività individuale.

Ne soffrono circa 3 milioni di donne, di cui il 10 per cento in Europa. Pertanto, si tratta di una patologia il cui approccio deve avvenire a vari livelli di intervento: attività di educazione sanitaria, formazione dei medici sulla conoscenza della patologia e degli strumenti diagnostici, conoscenza

e approfondimento delle cause, definizione dello *standard* di terapia sia farmacologica che chirurgica.

Per quanto riguarda l'inserimento della patologia in esame nel decreto sulle malattie croniche, è necessario tener presente che esiste uno «stadio zero», in cui il soggetto è a rischio di endometriosi e per il quale l'intervento più idoneo riguarda l'attività di prevenzione e informazione; alcune forme di questa patologia che hanno una regressione spontanea o evolvono verso un percorso non endometriosico (percorso annessiale); alcune forme possono essere risolte chirurgicamente.

Pertanto, solo alcune condizioni (gravi e infiltranti corrispondenti al III e al IV stadio) presentano caratteristiche di irreversibilità, con alterazione della qualità della vita e perdita dell'autonomia e, anche dopo una terapia medica e/o chirurgica, presentano un'elevatissima possibilità di recidive della sintomatologia e delle lesioni.

È dunque evidente che le forme cliniche, a seconda del livello di gravità, hanno un differente fabbisogno di prestazioni, e rispondono diversamente ai criteri previsti dal decreto legislativo n. 124 del 1998, cronicità, invalidità, onerosità della quota di partecipazione.

Ai fini dell'inserimento nel decreto n. 329 del 1999, segnalo che, nella proposta di aggiornamento dell'elenco di malattie croniche allegato allo stesso decreto ministeriale n. 329 del 1999, inclusa nella più complessiva proposta di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, è stata inserita la «Endometriosi moderata e grave», con un pacchetto di prestazioni specialistiche ambulatoriali utili al monitoraggio dell'evoluzione della malattia e alla prevenzione degli aggravamenti.

Tale proposta è attualmente all'esame delle Regioni e del Ministero dell'economia e delle finanze per le valutazioni di competenza.

Infatti, l'endometriosi compromette non solo la salute sessuale della donna che ne viene colpita, ma anche la vita sociale e lavorativa.

I costi economici individuali per la paziente e per il Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, terapie farmacologiche croniche, ricoveri ospedalieri e trattamenti chirurgici sono molto alti.

A causa della sintomatologia subdola con cui insorge tale malattia, la diagnosi certa di endometriosi si fa tardivamente (di solito dopo circa 9 anni dall'insorgere dei sintomi), a seguito di ricerche diagnostiche lunghe e dispendiose.

È perciò necessario prevedere un percorso diagnostico-assistenziale, specificatamente dedicato alla presa in carico globale delle donne affette da tale malattia, imprescindibile da un'accurata anamnesi, in cui devono essere valutate le caratteristiche della sintomatologia dolorosa, prima di procedere all'indagine laparoscopica e al prelievo istologico dirimenti la diagnosi.

Spetta ai medici di medicina generale o ai servizi territoriali, a cui la donna si rivolge, individuare tempestivamente il caso, indirizzando così la paziente allo specialista ginecologo per una conferma diagnostica e per la sua successiva gestione, attraverso una rete di assistenza sul territorio che

deve prevedere strutture dotate di personale sanitario competente, che siano punto di raccordo con i centri di alta specializzazione.

Tale rete diagnostico-terapeutica deve accompagnare la donna in tutto il suo percorso in modo costante e continuato. A sostegno del percorso diagnostico-assistenziale, è fondamentale prevedere la formazione e l'aggiornamento delle stesse figure professionali.

Per consentire alle Regioni di sviluppare specifici progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita e di salute delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera urogenitale, tra le quali anche l'endometriosi, nell'accordo sugli obiettivi di piano, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2014, è stata prevista un'apposita linea progettuale, diretta proprio all'implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da queste patologie, e allo scopo è stata vincolata la somma di 15 milioni di euro.

Inoltre, si segnala che a livello regionale, oltre al Friuli-Venezia Giulia e alla Puglia, Regioni citate nell'interrogazione, anche altre Regioni si sono adoperate sul tema con proprie leggi regionali, in particolare la Sardegna (legge regionale 4 dicembre 2014, n. 26) e il Molise (legge regionale 10 febbraio 2015, n. 1).

Il Ministero della salute, al fine di informare e sensibilizzare le donne ad una più pronta identificazione della patologia e ad un approccio diagnostico-terapeutico, finalizzato anche alla prevenzione della sterilità legata a questa condizione, già nel 2012 ha lanciato una specifica campagna di comunicazione dal titolo «Quello che non so di me», con video cinematografico, spot, opuscolo, cartolina.

Sempre al fine di diffondere la conoscenza della malattia, soprattutto tra le adolescenti, un'apposita pagina sull'endometriosi è stata inserita nell'opuscolo informativo «La fertilità è un bene comune. Prenditene cura», prodotto dal Ministero della salute e destinato alle giovani delle scuole superiori.

Recentemente, di «endometriosi e dolore sessuale» si è parlato anche nella Conferenza europea sulla salute della donna, che si è svolta nell'ottobre 2014 nell'ambito delle iniziative del semestre di Presidenza italiana del Consiglio d'Europa, e che è stata un'importante occasione di confronto e scambio tra i Paesi UE su questa tematica. Nell'imminente piano nazionale fertilità è previsto uno specifico riferimento all'endometriosi tra le patologie da conoscere e riconoscere, in quanto possono compromettere la fertilità della donna.

In merito agli effetti invalidanti di tale patologia, sono state oggetto di attenta valutazione da parte del Ministero della salute le relative richieste provenienti dalle associazioni di pazienti, tanto che l'endometriosi è stata inclusa, nei suoi quattro stadi clinici, nelle nuove tabelle dell'invalidità civile prodotte da un'apposita commissione ministeriale nel novembre 2011. Purtroppo, nel corso del complesso *iter* di approvazione delle tabelle, si è registrata una fase di sospensione (che ad oggi non si è ancora

risolta), dovuta alle richieste di approfondimento da parte di molte Regioni.

Queste ultime hanno espresso, in Conferenza Stato-Regioni, parere negativo, ritenendo le tabelle inadeguate a tradurre i bisogni della disabilità, soprattutto in ordine ai moderni orientamenti in materia. Le criticità segnalate dalle Regioni sono state, peraltro, condivise dalle Commissioni parlamentari competenti. Questo percorso di aggiornamento delle tabelle purtroppo è ancora in corso; c'è un'ulteriore iniziativa, da parte dello stesso Ministero della salute, per riprendere il cammino di questo aggiornamento.

Da ultimo, al fine di migliorare la conoscenza epidemiologica sull'endometriosi, sui relativi accertamenti diagnostici e sui trattamenti terapeutici adottati, nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di istituzione dei sistemi di sorveglianza e dei registri previsto dal decreto legge n. 179 del 18 ottobre 2012, convertito con la legge 17 dicembre 2012, n. 221, in corso di predisposizione, è stata prevista l'istituzione di un apposito registro nazionale. Il registro di patologia potrà consentire di stabilire appropriate strategie di intervento e di verificarne l'efficacia.

DONNO (*M5S*). Ringrazio il sottosegretario De Filippo per la risposta alla mia interrogazione, dichiarandomi però parzialmente soddisfatta. In un comunicato alla Camera del gennaio 2015, il Ministro ha dichiarato che avrebbe aggiornato i livelli essenziali di assistenza già in quella data e che sarebbe arrivato a breve il decreto. Ad oggi, invece, ancora non è arrivato nulla. Va benissimo l'informazione e va benissimo la prevenzione, ma occorre anche la revisione di questi livelli, in modo che possano essere attuabili al più presto, ferme restando le opinioni arrivate dalle Regioni e ferme restando tutte le procedure. C'è sempre questo rallentamento che blocca la firma che deve essere messa sul decreto. Queste sono le motivazioni per cui mi dichiaro parzialmente soddisfatta, in attesa di questa firma.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01503, presentata dalla senatrice Maturani e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il Ministero della salute condivide pienamente le esigenze di promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento di episodi quali quelli che sono stati citati nell'interrogazione. A tal fine, è indispensabile adottare un approccio complessivo all'intero percorso nascita, di cui il parto costituisce l'evento culminante. La complessità del fenomeno considerato richiede, inoltre, una strategia molteplice di vari interventi.

La nascita di un bambino è un evento straordinario nella vita di una donna, che incide profondamente nella sua vita concreta, emotiva, relazionale; non tutte le donne riescono ad accogliere la loro maternità, per una complessità di motivazioni che occorre ascoltare, comprendere e conoscere.

Durante la gravidanza, specie in situazioni di difficoltà di varia natura della madre a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, è indispensabile che la donna sia seguita in maniera qualificata, per la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni affrettate e spesso drammatiche, al momento del parto. Occorre sostenere, accompagnare, informare le donne, affinché le loro scelte siano responsabili.

Questo Ministero riconosce la fondamentale importanza della relazione e della comunicazione proprio su questa materia. La normativa in vigore consente alla madre – com'è noto – di non riconoscere il bambino, di partorire in anonimato e di lasciarlo nell'ospedale dove è nato (ai sensi di un decreto del Presidente della Repubblica abbastanza datato, il n. 396 del 2000, articolo 30) affinché sia assicurata l'assistenza e anche la sua tutela giuridica.

Molte Regioni ed anche alcune città italiane, per prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico del neonato, hanno promosso campagne informative in proposito, potenziando i servizi a tutela della donna in difficoltà e orientando gli ospedali specializzati a seguire il parto in anonimato.

Tempestive e adeguate informazioni alla donna in gravidanza e interventi concreti in suo aiuto, di tipo sociale, economico e psicologico, permettono di garantire il diritto alla salute della gestante e del nascituro, un parto protetto nella struttura ospedaliera e la possibilità di esercitare la libera, cosciente e responsabile scelta da parte della donna se riconoscere o meno il bambino.

Il ruolo del consultorio familiare, come previsto dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, e come già ricordato nel progetto obiettivo materno infantile del 2000, svolge un ruolo strategico nel perseguimento dell'obiettivo in questione.

In entrambi i documenti citati, è indicato con estrema chiarezza che i consultori familiari, quali servizi dedicati alla promozione della salute e alla prevenzione, per ben svolgere la loro funzione socio-sanitaria devono essere in rete con gli altri servizi sanitari del territorio ed ospedalieri, ma anche con i servizi sociali e con le associazioni del terzo settore, che devono operare secondo il modello del processo di crescita e con la modalità dell'offerta attiva.

È vero che le modalità operative del servizio sono anche quelle dell'erogazione di prestazioni all'utenza spontanea, ma soprattutto deve essere privilegiata l'offerta attiva alla popolazione bersaglio per ogni specifico obiettivo di salute individuato. Nell'offerta attiva, se efficace, si creano le condizioni perché si espliciti una richiesta di aiuto che rimane altrimenti silente. Va anche detto che la realtà odierna spesso si confronta con consultori familiari che potrebbero essere potenziati per numero e per organici

Concludo garantendo la volontà del Ministero della salute a supportare le Regioni e anticipo che, proprio al fine di evitare problematiche come quelle sollevate dalla interrogazione in esame, si sta procedendo alla pubblicazione dell'aggiornamento della mappatura dei consultori fa-



miliari e che, in collaborazione con l'Osservatorio nazionale infanzia e adolescenza – istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali – e nel prossimo Piano nazionale infanzia e adolescenza, si prevede un potenziamento della rete dei consultori familiari, per garantire le loro funzioni di sostegno alla genitorialità.

MATURANI (PD). Signor Presidente, mi dichiaro soddisfatta della risposta del Sottosegretario.

Voglio ricordare che sul tema oggetto dell'interrogazione è stato presentato anche un ordine del giorno, approvato già nel 2013, sottoscritto peraltro da tanti componenti di questa Commissione, contenente indicazioni puntuali rispetto all'organizzazione di servizi e campagne informative tese ad intervenire, sia sulla prevenzione, che sulla presa in carico di donne che evidenziano elementi di depressione *pre o post-partum*.

La risposta è dunque soddisfacente sotto il profilo dell'attenzione riservata dal Ministero alla questione, ma credo che vi sia comunque un'urgenza di rendere finalmente concrete nel Paese, con servizi e con azioni più significative, le necessità che in questo ambito si evidenziano.

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

*I lavori terminano alle ore 15,05.*

ALLEGATO

## INTERROGAZIONI

PADUA, AMATI, ASTORRE, BERTUZZI, CANTINI, DI GIORGI, GIACOBBE, LUCHERINI, ORRÚ, PAGLIARI, SPILABOTTE, COMPAGNONE, MASTRANGELI, SCAVONE, VILLARI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la legge 16 marzo 1987, n. 115, concernente «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», considera, *ex art.* 1, comma 1, il diabete come malattia «di alto interesse sociale», sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli influenze sulla società;

il decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296, recante «Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera *a*), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 19 luglio 2001, n. 166, individua la malattia diabetica tra le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate;

l'art. 8 della legge regionale siciliana 14 aprile 2009, n. 5, recante «Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana* n. 17 del 17 aprile 2009, ha stabilito il riordino delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale;

considerato che:

nel «Protocollo sull'autocontrollo glicemico domiciliare», documento sottoscritto dalle comunità scientifiche e da tutte le associazioni nazionali dei pazienti diabetici, si legge testualmente: «L'autocontrollo è il monitoraggio della glicemia su sangue capillare a domicilio o quella rilevata con i moderni *holter real time*, cui devono seguire interventi terapeutici stabiliti con il personale sanitario. Si fonda su tre cardini: *self care*, *self management* e rapporto costante e continuo con il *team* diabetologico, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, gli infermieri, le farmacie e le associazioni dei pazienti. Gli studi scientifici nazionali ed internazionali evidenziano come l'autocontrollo quotidiano sia indispensabile per le persone con diabete insulino-trattate tipo 1, tipo 2 e per le donne con diabete gestazionale e come sia altrettanto utile, anche quando impiegato in modo meno intensivo, per le persone con diabete tipo 2 non insulino-trattate, soprattutto quando accompagnato da un'adeguata azione educativa e da un intervento strutturato e attivo sulla terapia»;

dal medesimo documento si evince che i dispositivi per la determinazione domiciliare della glicemia siano parte integrante della terapia del

diabete, soprattutto nell'età pediatrica, quando la malattia è caratterizzata da innata instabilità;

il piano nazionale della malattia diabetica, redatto da un'apposita commissione istituita presso il Ministero della salute, riconosce l'autocontrollo come essenziale per la cura del diabete al fine di prevenire o rallentare l'insorgenza di complicanze o bloccarne la progressione;

nel medesimo documento, tra gli obiettivi generali, vi è uno specifico riferimento alla necessità di «migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate»; un altro obiettivo fa invece riferimento all'esigenza di «rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete»;

sempre all'interno del piano, tra le strategie generali, si segnala come un coordinamento sistematico tra Governo, Regioni, società scientifiche e associazioni di pazienti sia un fondamentale elemento per migliorare conoscenza, efficacia delle cure e accesso;

l'autocontrollo domiciliare della glicemia offre la possibilità di seguire l'andamento del diabete, valutare quotidianamente i motivi delle variazioni glicemiche, identificare, comprendere e segnalare al medico aumenti o diminuzioni, con lo scopo di correggere eventuali errori ed effettuare una terapia appropriata;

solamente il diabetologo del Servizio sanitario nazionale rileva l'esigenza di effettuare il controllo domiciliare della glicemia, stabilisce la frequenza e gli orari dei controlli e, soprattutto, autorizza la persona diabetica, attraverso un piano terapeutico, ad usufruire del diritto all'esonazione dalla partecipazione al costo dei presidi;

da alcune segnalazioni giunte in merito alle modalità di distribuzione dei presidi da parte di alcune aziende del Servizio sanitario regionale siciliano sembra che, da qualche anno, la fornitura di strisce ed aghi, ovvero degli strumenti necessari al funzionamento del glucometro per l'autocontrollo, sia stata affidata in taluni casi a ditte private che, spesse volte, non sembrano ottemperare allo svolgimento della mansione in tempi adeguati (ovvero in ritardo e previa «sollecitazione» diretta);

considerato inoltre che:

sul mercato nazionale si riscontra una variabilità di prezzi degli strumenti per l'autocontrollo derivante da diverse modalità d'acquisto e di distribuzione, non necessariamente basate su criteri di adeguatezza clinico-terapeutica e/o di economicità, come invece previsto, in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria, dall'art. 17, comma 1, lettera a), del decreto 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successivamente modificato, in ultimo, dall'articolo 1, comma 133, della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità per il 2013);

sempre in tema di spese regionali per presidi per diabetici non si comprende la ragione sottostante alla palese differenza dei rimborsi erogati alle farmacie, per cui, ad esempio, il rimborso unitario con Iva della striscia glicemica è pari a 0,67 euro in Sicilia, 0,435 euro in Lombardia e 0,384 in Toscana; da tali dati emerge la presenza di un *range* piuttosto ampio tra i prezzi di rimborso nelle diverse Regioni e la Sicilia paga, per il medesimo presidio, un importo che è quasi il doppio rispetto a quello corrisposto dalla Toscana;

dati Istat relativi all'anno 2011 hanno rilevato come fossero quasi 3 milioni le persone che dichiaravano di essere affette da diabete (ovvero il 4,9 per cento della popolazione nazionale), con valori superiori alla media registrati al Sud (circa 900.000 diabetici) e particolarmente elevati nelle isole (circa 350.000 persone); sempre secondo i dati forniti dall'istituto la diffusione e la prevalenza del diabete aumenta al crescere dell'età (tra il 2000 e il 2011 il tasso standardizzato di prevalenza è passato dal 3,9 per cento a 4,6);

sempre per Istat, nel 2009, il diabete è stato riconosciuto come causa principale di morte in 20.760 casi e sono stati ben 71.978 i decessi per i quali nella scheda di morte è stata indicato anche il diabete; tra il 2003 e il 2010, inoltre, sono aumentati i contatti tra i diabetici e il medico di medicina generale, tanto che il numero medio per paziente è passato da 9 a 13 per gli uomini e da 12 a 15 per le donne;

le complicanze del diabete possono essere estremamente invalidanti e compromettere la funzionalità di organi essenziali come il cuore, vasi sanguigni, i reni o gli occhi,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti;

se non intenda intervenire qualora si accertasse l'esistenza di rilevanti difficoltà cui incorrerebbero, in talune parti della Sicilia, le persone affette da diabete nel reperimento dei presidi per la misurazione domiciliare della glicemia a causa delle modalità di distribuzione dei medesimi da parte di alcune aziende del Servizio sanitario regionale;

se non ritenga opportuno verificare che, in tutto il territorio nazionale, sia distribuito un quantitativo di presidi per l'autocontrollo glicemico adeguato alle esigenze e al numero delle persone diabetiche;

se non ritenga di dover intervenire sui punti di erogazione dei presidi in Sicilia, affinché la distribuzione degli strumenti per l'autocontrollo domiciliare della glicemia sia affidata alle farmacie territoriali, in modo da scongiurare l'eventualità di un diverso trattamento riservato a pazienti diabetici in ragione del luogo di residenza.

(3-01315)

DONNO, CRIMI, BERTOROTTA, MONTEVECCHI, MANGILI, PUGLIA, CAPPELLETTI, MORONESE, SANTANGELO, SIMEONI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'endometriosi è una patologia con effetti psico-fisici debilitanti. Si manifesta con cisti endometriosiche, fibrosi, aderenze a volte di tale gravità da sovvertire l'apparato riproduttivo della donna;

dal sito governativo del Ministero della salute risulta che l'endometriosi è una malattia che ha una grande interferenza sulla qualità della vita, determinando: disturbi del sonno (81 per cento); influenze negative sul lavoro (79 per cento); rapporti sessuali dolorosi se non impossibili, con conseguenze nel rapporto di coppia (77 per cento); influenza negativa sulla propria vita sociale (73 per cento);

il 30 settembre 2014, il Consiglio regionale della Puglia ha approvato, con voto unanime, la legge sulla tutela delle donne pugliesi affette da endometriosi. La Puglia, dunque, risulta essere la seconda Regione, dopo il Friuli-Venezia Giulia, ad adottare una simile disposizione normativa;

inoltre, da notizie di stampa del 29 ottobre 2014 («il Fatto Quotidiano»), si apprende che il comitato «Taranto Lider» ha chiesto, mediante esposto alla competente procura territoriale, di indagare sull'esistenza di un nesso causale tra le emissioni nocive dell'Ilva e della zona industriale di Taranto e l'incidenza della diffusione dell'endometriosi in Puglia, specie nel tarantino;

nonostante l'inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle malattie invalidanti da parte dell'Inps, non è ancora occorsa un'utile e correlativa modifica ufficiale della tabella nazionale delle malattie invalidanti, la cui ultima pubblicazione risale al decreto del Ministro della sanità n. 329 del 28 maggio 1999 (modificato dal decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296, recante «Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124»), in modo da garantire un'efficace e fattiva tutela a livello lavorativo, clinico-sanitario, sociale ed esistenziale delle donne affette da tale patologia;

considerato che sul tema, in data 22 novembre 2013 è stato presentato l'atto di sindacato ispettivo 4-01159 che, ad oggi, non ha ricevuto risposta,

si chiede di sapere:

quali misure il Ministro in indirizzo intenda assumere, considerate soprattutto le recenti evidenze, affinché l'endometriosi sia unanimemente dichiarata quale malattia cronica ed invalidante a livello clinico, sociale e professionale, in modo tale da garantire il diritto all'esenzione dal costo per le prestazioni di assistenza sanitaria, nonché un'adeguata assistenza ed univoca tutela nei confronti delle pazienti affette da tale patologia;

se, nell'ambito delle proprie competenze, voglia intraprendere congiuntamente all'Inps, all'Inail, alla Fondazione italiana endometriosi, alle associazioni di pazienti e agli organismi operanti nel settore, iniziative

volte a promuovere in maniera fattiva, concreta ed efficace campagne di informazione e sensibilizzazione relativamente alle caratteristiche, alla sintomatologia e alla diagnosi dell'endometriosi;

se non ritenga indispensabile un aggiornamento della tabella nazionale delle malattie invalidanti, la cui ultima pubblicazione risale al decreto del Ministro della sanità n. 329 del 28 maggio 1999, al fine del proficuo inserimento dell'endometriosi.

(3-01421)

MATURANI, MATTESINI, FABBRI, DI GIORGI, LEPRI, GATTI, MANASSERO, GUERRA, CHITI, PAGLIARI, VERDUCCI, DEL BARBA, FATTORINI, DALLA ZUANNA, CIRINNÀ, PUPPATO, BERTUZZI, CUOMO, CANTINI, SPILABOTTE, PEZZOPANE, GIACOBBE, BORIOLI, FASIOLO, LO GIUDICE, LUCHERINI, MORGONI, COLLINA, ORRÙ, ASTORRE, PADUA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

in data 25 novembre 2014, come riportato da diversi organi di stampa nazionali, nel reparto di ginecologia dell'ospedale «Cervello» di Palermo è stata ricoverata una donna di 30 anni con l'accusa di omicidio volontario, a seguito della morte della figlia neonata gettata nei rifiuti subito dopo il parto;

tale caso di cronaca è solo l'ultimo di una lunga serie di casi che vedono la morte di neonati abbandonati subito dopo il parto in condizioni che non consentono in alcun modo la loro sopravvivenza;

la nascita di un bambino è un evento straordinario nell'esistenza di una donna, che incide profondamente nella sua vita concreta, emotiva e relazionale. Non tutte le donne riescono ad accogliere o sostenere la loro maternità, per un complesso di motivazioni che occorre ascoltare, comprendere e riconoscere. Durante la gravidanza, specie in situazioni di difficoltà di varia natura della madre a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, occorre che la donna sia seguita in maniera qualificata, per la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni dagli esiti drammatici al momento del parto;

considerato che:

il comma 1 dell'articolo 30 del decreto Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, recante «Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127», dispone che: «La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata»;

le strutture ospedaliere presso le quali avviene la nascita sono dunque tenute ad assicurare alla madre e al neonato, per il quale è disposto l'immediato avvio del procedimento di adottabilità, la piena attuazione di tali diritti, tramite gli operatori sanitari, psico-sociali, assistenziali e am-

ministrativi, nella specificità delle loro professioni e competenze e nella interazione con le altre istituzioni demandate alla tutela;

rilevato inoltre che:

diverse Regioni ed in particolare alcune città italiane, per prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico del neonato, hanno promosso campagne informative in proposito, potenziando i servizi a tutela della donna in difficoltà e orientando gli ospedali più specializzati a seguire il parto in anonimato. Difatti, tempestive e adeguate informazioni alla donna in gravidanza, nonché interventi concreti in suo aiuto, di tipo sociale, economico e psicologico, consentono di garantire il diritto alla salute della gestante e del nascituro, un parto protetto nella struttura ospedaliera e, infine, la possibilità di esercitare una libera, cosciente e responsabile scelta da parte della donna se riconoscere o meno il bambino;

il carattere non sistemico e strutturale delle campagne informative non è riuscito ad oggi a garantire il non ripetersi dei continui fatti di cronaca che registrano con una cadenza drammaticamente regolare le morti di neonati, abbandonati immediatamente dopo il parto,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno intraprendere iniziative al fine di realizzare su tutto il territorio nazionale, anche d'intesa con le Regioni, una capillare campagna informativa, nonché al fine di sostenere ogni altro mezzo idoneo ad arginare un fenomeno tragico che ancora oggi conta troppe vittime;

se non ritenga altresì di promuovere l'istituzione di servizi di ascolto e di aiuto presso le aziende sanitarie locali, con particolare attenzione al coinvolgimento dei consultori familiari, nonché presso le strutture ospedaliere al fine di garantire un'adeguata conoscenza del diritto per le donne di partorire nell'anonimato.

(3-01503)

