



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 28

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

280^a seduta: giovedì 8 ottobre 2015

Presidenza della presidente DE BIASI,
indi del vice presidente Maurizio ROMANI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 6, 8
SILVESTRO (PD)	10
TAVERNA (M5S)	5
* VALDINOSI (PD)	8
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	11

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Liberalpopolare-Autonomie: AL-A; Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Federazione dei Verdi, Moderati): GAL (GS, PpI, FV, M); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-Ipl; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-L'Altra Europa con Tsipras: Misto-AEcT; 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.

Presidenza del presidente DE BIASI

I lavori hanno inizio alle ore 9.

INTERROGAZIONI

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01871, presentata dalla senatrice Taverna e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, il 14 gennaio 2015 la Regione Siciliana ha approvato il decreto assessoriale n. 46 del 2015 di «Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia». Nella proposta di riorganizzazione, la Regione prevede la riconversione di 25 strutture ospedaliere in 8 ospedali di comunità, altrettanti ospedali di zona disagiata e 9 ospedali di zona industriale.

Per quanto concerne la specifica situazione del presidio ospedaliero «Ferro Branciforti Capra» di Leonforte (Enna), nel decreto assessoriale è previsto l'accorpamento gestionale ed amministrativo del presidio ospedaliero di Leonforte con il presidio ospedaliero di Nicosia, per formare gli «Ospedali riuniti di Nicosia-Leonforte».

Per l'ospedale di Nicosia è prevista una riconversione in presidio ospedaliero di zona disagiata.

A seguito di tale accorpamento, per il presidio di Leonforte vi è una diminuzione di posti letto per acuti, che passano da 46 nel 2014 a 26, e un incremento dei posti letto *post* acuti che passano da 12 nel 2014 a 55.

Sebbene risultano diminuiti, come numero, i posti letto per acuti, rimangono comunque attivi nel presidio: 10 posti letto di chirurgia generale; 14 posti letto di medicina generale; 2 posti letto indistinti di area medica e chirurgica.

Rispetto a quanto chiesto nell'interrogazione, non risulta dal decreto la riconversione del presidio in «ospedale di comunità», ovvero la trasformazione da ospedale a struttura residenziale.

Riguardo alla rete dell'emergenza-urgenza, dai modelli HSP24 si rileva, per il 2013, che il pronto soccorso del presidio ospedaliero di Leonforte accoglie solo il 14 per cento dei pazienti che accedono al pronto soccorso dell'Azienda sanitaria provinciale (ASP) di Enna. Inoltre, il pronto soccorso di Leonforte è la struttura che trasferisce il numero più elevato dei pazienti in altre strutture (il 41 per cento).

In merito alla problematica in esame, la prefettura-ufficio territoriale del Governo di Enna ha contattato l'Azienda sanitaria provinciale di Enna, ed ha osservato quanto segue.

L'Azienda ospedaliera «Umberto I» e l'ASP n. 4 di Enna sono state unificate in un'unica Azienda sanitaria provinciale territoriale. Il provvedimento organizzativo ha comportato l'istituzione dei seguenti distretti ospedalieri: il distretto ospedaliero Enna 1; il distretto ospedaliero Enna 2; il presidio di Nicosia ed il presidio ospedaliero «Ferro Branciforti Capra» del Comune di Leonforte.

A tale riguardo, l'Azienda ha precisato che il decreto attuativo ha indicato le unità operative di ciascun ospedale, il numero dei posti letto ed ha, altresì, disposto la chiusura di alcune unità operative, con il conseguente accorpamento con altre unità operative.

Nel distretto Enna 1, in particolare, è stata prevista la chiusura delle unità operative di chirurgia toracica dell'ospedale di Enna, di urologia e dell'unità di cardiologia dell'ospedale di Piazza Armerina, oltre all'accorpamento delle unità operative di anestesia, di farmacia, di radiologia, del laboratorio di analisi, della direzione di presidio e di ostetricia e ginecologia.

Analogamente, nel distretto Enna 2 è stato previsto l'accorpamento di altre unità operative. Inoltre, l'ASP ha evidenziato come l'attuale quadro assistenziale sia stato determinato dalla successiva chiusura dei punti nascita di Piazza Armerina e Leonforte, con la conseguente interruzione dei ricoveri ordinari di ostetricia e ginecologia e il mantenimento delle attività ambulatoriali, perché erano due presidi al di sotto di 500 parti all'anno.

Lo stesso direttore generale dell'ASP ha evidenziato, altresì, che la rete ospedaliera provinciale ha subito ulteriori modifiche a seguito dell'emanazione del decreto assessoriale del 14 gennaio 2015, che ha determinato una nuova distribuzione delle unità operative nei vari ospedali e la riduzione dei posti letto.

Secondo la normativa regionale di riferimento, infatti, presso l'ospedale di Leonforte sono attive le unità operative di medicina, chirurgia, riabilitazione e lungodegenza, nonché i servizi di pronto soccorso, radiologia, laboratorio analisi, farmacia e direzione di presidio, e viene, altresì, assicurata l'assistenza ai malati oncologici nel reparto di oncologia, per complessivi 26 posti letto per acuti, 36 di riabilitazione, 16 di lungodegenza e 10 presso la speciale unità di accoglienza permanente, non ancora attivati.

Secondo quanto descritto dal direttore generale dell'ASP, l'attuale offerta sanitaria dell'ospedale, oggetto dell'interrogazione parlamentare, è stata determinata a monte dal predetto decreto assessoriale, a cui la dire-

zione aziendale dell'ASP si è uniformata, rispettandone le disposizioni in materia.

In particolare, alla fine dell'aprile scorso, la direzione aziendale dell'ASP, su specifica richiesta dell'assessorato regionale della salute, ha predisposto una simulazione della pianta organica ed è stato previsto un avvio immediato delle procedure di legge per l'assunzione del personale mancante.

In relazione alla frigo emoteca, il decreto assessoriale della rete trasfusionale non ha compreso l'ospedale «Ferro Branciforti Capra», per le cui necessità è stata ritenuta sufficiente la frigo emoteca presente, come del resto è avvenuto negli ultimi vent'anni. Per quanto concerne l'ambulanza, si è provveduto ad indire gara per la relativa acquisizione.

Per quanto riguarda, invece, l'analisi dei dati di attività, l'Azienda sanitaria provinciale ha comunicato i dati relativi all'indice operatorio dei presidi ospedalieri: la chirurgia del presidio ospedaliero di Leonforte ha, nel corso del 2014, effettuato n. 521 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 37,24 per cento; 20 ricoveri in *day hospital*, con un indice operatorio del 65 per cento; 313 *day service*, con indice operatorio del 77,64 per cento, per un totale di 854 pazienti, pari ad un complessivo indice operatorio del 52,69 per cento.

La chirurgia di Nicosia ha effettuato n. 291 ricoveri ordinari con un indice operatorio del 62,20 per cento; *day hospital* n. 105, con indice operatorio dell'84,76 per cento; *day service* n. 155, con un indice operatorio 97,42 per cento, per un totale n. 551 pazienti, pari al 76,41 per cento.

La chirurgia di Piazza Armerina ha effettuato 343 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 67 per cento; 171 *day hospital*, con un indice operatorio del 71 per cento; 154 *day service*, con un indice operatorio del 97 per cento, per un totale di 668 pazienti.

La chirurgia di Enna ha effettuato 497 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 78 per cento; *day hospital* n. 374, con un indice operatorio dell'83 per cento; *day service* n. 138, con un indice operatorio del 9,86 per cento, per un totale di 1.009 pazienti.

Ricordo poi che la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Sicilia è stata osservata dai Ministeri dell'economia e della salute nel mese di settembre scorso, è in corso un'interlocuzione con la Regione per una ulteriore modifica, ed abbiamo chiesto che venga chiarito tutto lo schema organizzativo, a partire da questo accordo degli ospedali riuniti.

TAVERNA (M5S). Signora Presidente, ringrazio il Sottosegretario che ultimamente ci sta rendendo più agevole l'interlocuzione con il Governo rispondendo alle nostre interrogazioni.

Non mi ritengo soddisfatta, non tanto per la risposta che lei ci fornisce, arricchita da dati del Ministero, quanto perché sono stata personalmente in quell'area. Più che dire che ci sono più ricoveri da una parte e dall'altra, bisognerebbe sottolineare che il territorio che ricopre l'ospedale è fortemente disagiato dal punto di vista della possibilità di accedere agli altri punti indicati e il depotenziamento della struttura ha causato la

necessità da parte dei pazienti di rivolgersi ad altre strutture. Quindi non dobbiamo vedere la situazione attuale, ma valutare la situazione a monte.

Purtroppo le scelte fatte dalla Regione Sicilia anziché puntare a una reale soddisfazione dei bisogni dei cittadini, sembrano invece essere indirizzate ad una soddisfazione di interessi non proprio rivolti alla cittadinanza.

Mi riserverò pertanto di prestare attenzione a quello che lei ha testé annunciato, ossia la nuova redistribuzione e il nuovo accorpamento, al fine di poter garantire alle persone che si affidano a noi di vedere effettivamente garantita la tutela della salute.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02142, presentata dalla senatrice Valdinosi e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, ringrazio i senatori interroganti per avermi offerto l'occasione della presente interrogazione, che consente al Ministero in via prioritaria di ribadire l'importanza fondamentale dei vaccini, in termini di riduzione della suscettibilità alle infezioni e dei costi sanitari e sociali legati alle malattie infettive ed agli eventuali esiti invalidanti, con possibilità di impiegare diversamente le risorse economiche, strutturali e di personale resesi disponibili.

Anche se la vaccinazione non rappresenta l'unico strumento disponibile per la prevenzione delle malattie infettive, è pur vero che resta il più efficace ed innocuo: infatti, se confrontata con l'immunoprofilassi passiva, essa comporta meno rischi, dalle reazioni allergiche allo *shock* anafilattico. Rispetto alla profilassi ambientale e comportamentale risulta essere più specifica, più efficace e con un minor margine di errore.

Tuttavia, il successo dei programmi nazionali vaccinali si fonda sul raggiungimento ed il mantenimento delle coperture di cicli vaccinali completi, a livelli tali da prevenire e controllare efficacemente la diffusione delle malattie infettive prevenibili con vaccino. Pertanto, il mancato raggiungimento, e mantenimento, di efficaci coperture di cicli vaccinali completi, o l'interruzione di questi, vanifica tutti gli sforzi fatti in tal senso.

L'offerta delle vaccinazioni, in Italia si è evoluta nel corso degli anni, di pari passo con il progredire delle conoscenze tecnico-scientifiche in merito, delle condizioni socioeconomiche del nostro Paese e del cambiamento culturale nel rapporto medico-paziente.

Gli ultimi due piani nazionali (piano nazionale vaccini 2005-2007 e piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014), frutto, com'è noto, di intese in Conferenza Stato-Regioni, hanno fornito indirizzi per le strategie vaccinali da applicare su tutto il territorio, improntati su criteri di equità e standardizzazione dell'offerta vaccinale per tutti i nuovi nati e degli aventi diritto per età, condizioni di rischio per patologie di base, o per attività lavorativa in ambito sanitario (i tre ambiti nei quali tali due piani si sono mossi).

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (modifica del Titolo V della Costituzione), ha assegnato alle Regioni e Province autonome maggiori competenze, tra le quali la più importante è la gestione della sanità, nonché una autonomia nel modo di regolarsi al proprio interno, oltre che in campo finanziario e amministrativo.

Peraltro, si sono generate differenziazioni nella concreta applicazione di tale normativa, in particolare negli ambiti degli interventi di prevenzione; nel tempo si è avvertita anche una diversa impostazione socio-culturale nella popolazione generale.

Ne è conseguito spesso il disorientamento della stessa popolazione, che, in esito agli accessi ai *media* e in particolare ai *social media*, senza un chiaro punto di riferimento, è stata preda di una aggressiva disinformazione, anche da parte di medici, non basata sulle evidenze scientifiche ma a volte sul racconto discutibile dei cosiddetti eventi avversi.

Nella bozza di piano nazionale di prevenzione vaccinale 2016-2018, elaborata da un comitato per le strategie vaccinali istituito dal ministro Lorenzin presso il Consiglio superiore di sanità, e che attualmente è all'attenzione del coordinamento interregionale della prevenzione (organismo tecnico delle Regioni), sono state affrontate le attuali criticità dell'offerta vaccinale con possibili soluzioni, anche di natura comunicativa, per gli operatori.

Una di queste è il considerare non le malattie evitate dalle vaccinazioni ed il relativo costo-efficacia, come fatto fino ad oggi, bensì quanto costano in termini di salute e di risorse i casi di malattia che si verificano e si potrebbero efficacemente prevenire con le vaccinazioni.

Altro aspetto considerato nella bozza di piano è, tra gli altri, il valore etico delle vaccinazioni e il principio di solidarietà, che si applica con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali che permettono di proteggere chi realmente non può essere vaccinato.

La bozza di PNPV 2016-2018 affronta la tematica di una comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni (sempre più uniforme e trasparente), ma anche la necessità di condividere contenuti informativo-educativi sul tema, nei programmi delle scuole e dei corsi universitari.

Tale nuovo piano vuole dare nuova luce e vigore alle politiche vaccinali nazionali, accompagnandosi, parallelamente al suo *iter* approvativo in Conferenza Stato-Regioni, a proposte del Ministero della salute, nelle sedi istituzionali per un concreto sostegno alle Regioni e Province autonome, anche attraverso un finanziamento *ad hoc* per le attività vaccinali e un possibile acquisto centralizzato delle vaccinazioni, per garantire standardizzazione dei costi e continuità di approvvigionamento.

Nella griglia dei livelli essenziali di assistenza di valutazione sono previsti indicatori, che riguardano il raggiungimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni indicate nel vigente piano nazionale 2012-2014, e ulteriori indicatori sono all'attenzione per la realizzazione delle anagrafi vaccinali anche a livello nazionale.

Presidenza del vice presidente Maurizio ROMANI

VALDINOSI (PD). Ringrazio il sottosegretario De Filippo per la risposta articolata e molto esauriente. Mi ritengo soddisfatta perché nella sua risposta c'è attenzione al problema e anche il dispiegamento di un piano e di una programmazione atte a risolvere le criticità emerse anche recentemente.

Quanto agli ultimi dati che riguardano la copertura vaccinale, quando ho presentato l'interrogazione ad agosto, ancora non erano noti quei dati che sono stati divulgati pochi giorni fa dall'Istituto superiore di sanità, che mostrano una situazione veramente molto critica. Anche in Regioni come la mia, l'Emilia Romagna, dove sicuramente la sanità è in ottimo stato, è emerso il dato molto pericoloso di una diminuzione percentuale della copertura vaccinale, riferita ad esempio alla pertosse rispetto alla quale c'è una piccola epidemia, a causa di diversi casi verificatisi ultimamente.

Tale problema va affrontato con urgenza e determinazione. Penso che il tema dell'informazione, della comunicazione e della sensibilizzazione sia fondamentale, e purtroppo i *media* stanno agendo in senso contrario rispetto a quanto sarebbe necessario. Considerato che la questione ha una grandissima rilevanza sociale, mi chiedo persino se non sia il caso di sanzionare la disinformazione, molto pericolosa, in atto sui *media* e sui *social network*.

Ieri ho fatto una ricerca su Internet digitando il termine «vaccinazione» e sono emersi dei dati assurdi: l'equiparazione fra la vaccinazione e l'autismo; l'allarme circa la presenza di sostanze pericolose nei vaccini. Ciò desta una situazione di preoccupazione e di confusione nei genitori, e pone forse l'esigenza di prevedere delle sanzioni a carico di chi diffonde allarmi ingiustificati basati su informazioni e dati falsi. Va invece nella giusta direzione l'attività del Governo, e nello specifico del Ministero competente, volta a sensibilizzare, a fare campagne d'informazione e a creare la massima attenzione su un problema che può mettere a rischio la nostra comunità, perché sta facendo riemergere delle malattie pericolose che sembravano superate.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02156, presentata dalla senatrice Silvestro e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, la questione all'esame è di oggettiva rilevanza e attualità. Permettetemi di dire che non è un caso se negli ultimi tre anni si sono avvicinate tre specifiche disposizioni normative di rango primario, due decreti ministeriali e da ultimo, nel mese di giugno 2015, una nota circolare

del Ministero della salute, per meglio chiarire alcune sfumature sull'obbligo della certificazione.

Pertanto, colgo l'occasione della interrogazione odierna come una ulteriore possibilità offerta al Ministero della salute per tornare sull'argomento e chiarire alcuni punti.

Nel merito, il decreto ministeriale 24 aprile 2013, recante la disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica ed amatoriale, agli articoli 2 e 3 riporta la definizione di attività sportiva amatoriale e non agonistica.

Successivamente, nel mese di giugno 2014, il Ministero della salute, di intesa con le Regioni, ha attivato un gruppo di lavoro in materia di medicina dello sport, con il compito di approfondire i molteplici aspetti della materia in esame, per i quali risulta necessaria la definizione di orientamenti condivisi tra Stato e Regioni.

Con decreto ministeriale 8 agosto 2014 sono state adottate le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica e sono stati definiti gli esami clinici e gli accertamenti finalizzati al rilascio di tale certificato. Nelle suddette linee-guida è chiarito che l'obbligo di certificazione è riferito solo a chi pratica attività sportiva non agonistica.

Quanto all'attività ludico-motoria, definita dall'articolo 2 del citato decreto ministeriale 24 aprile 2013, quella praticata da soggetti non tesserati alle federazioni sportive nazionali, alle discipline associate, agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi, è stato ribadito che per lo svolgimento della suddetta attività non è più vigente l'obbligo della certificazione sanitaria (articolo 42-*bis* del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98).

Da ultimo, con la circolare del giugno 2015, sopra citata, il Ministero della salute ha introdotto anche il principio di distinzione tra le diverse tipologie di tesseramento per l'attività non agonistica ai fini della sussistenza, o meno, dell'obbligo di certificazione sanitaria; e allo scopo ha affidato al CONI, sentito il Ministero della salute, il compito di impartire idonee indicazioni alle federazioni sportive nazionali, alle discipline associate e agli enti di promozione sportiva riconosciuti dallo stesso CONI, affinché distinguano, nell'ambito delle attività, i tesserati che svolgono attività sportive regolamentate; i tesserati che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico; i tesserati che non svolgono alcuna attività sportiva, ciò al fine di limitare alla prima categoria (i tesserati che svolgono attività sportive regolamentate) l'obbligo di certificazione sanitaria. Tale ricognizione dovrebbe perfezionarsi, secondo le linee guida e a seguito di incontri avuti con il CONI, in un prossimo futuro.

Quanto alla risoluzione n. 7/00636 della XII Commissione permanente affari sociali della Camera dei deputati, che impegna il Ministero

ad apportare ogni idoneo aggiornamento al decreto ministeriale del 2013 ad attività non agonistica, comunico che già nella seduta del tavolo di lavoro del 24 settembre ultimo scorso, la questione è stata affrontata, e i partecipanti al tavolo si sono riservati di far pervenire le prime proposte di modifica.

Da ultimo, per quanto attiene alla lettera aperta delle associazioni pediatriche italiane, citate nell'interrogazione in oggetto, anticipo che nel corso della medesima riunione del 24 settembre – che, peraltro, si è svolta alla presenza dei rappresentanti delle medesime associazioni – si è convenuto che, al fine di promuovere e salvaguardare l'attività motoria nella prima infanzia (da 0 a 6 anni), e fatta eccezione per i casi di bambini con specifici problemi sanitari, tale attività motoria può essere svolta senza alcuno obbligo di certificato sanitario. Tale posizione, che oggi sto anticipando, sarà oggetto di una specifica integrazione alla circolare del giugno 2015, più volte citata.

SILVESTRO (PD). Signor Presidente, sono soddisfatta per la risposta molto articolata, anche se devo dire che, pur se il Ministero della salute, attraverso i tavoli tecnici, si è espresso in maniera così puntuale – cosa positiva – non ha però corrisposto alla diffusione di tali notizie a livello generale.

Per quanto è a mia conoscenza, il CONI non si è mosso in maniera così puntuale e precisa come è stato indicato, quindi auspico che una ricognizione avvenga in un futuro imminente, come segnalato dal Sottosegretario, perché mi risulta che si continua ad impostare le relazioni con coloro che svolgono attività sportiva non di tipo agonistico esattamente come prima di tutte queste circolari, con un danno di non poco conto alle famiglie, molte delle quali, non potendo permettersi tutta queste serie di certificazioni, rinunciare a far svolgere delle attività normali.

Auspico pertanto una ricognizione in tempi veramente brevi e, come diceva la senatrice Valdinosi in precedenza, su alcuni punti forse qualche sanzione andrebbe considerata.

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

I lavori terminano alle ore 9,30.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

TAVERNA, CATALFO, AIROLA, BERTOROTTA, CASTALDI, DONNO, MORONESE, NUGNES, PAGLINI, PUGLIA, SANTANGELO.

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

il presidio ospedaliero «Ferro Branciforti Capra» di Leonforte è ubicato presso il centro abitato di Leonforte, nella Provincia di Enna;

il presidio ha assicurato, e continua ad assicurare, le prestazioni sanitarie, previste dalla normativa nazionale e regionale, nei confronti di un bacino di utenza pari a circa 40.000 persone, coprendo i Comuni di Leonforte, Assoro, Nissoria, Agira e Regalbuto, ma anche Gagliano Castelferrato e San Giorgio (frazione di Assoro), la maggior parte dei quali ubicati in zone disagiate;

nel corso degli ultimi anni si è assistito a un progressivo depotenziamento della suddetta struttura ospedaliera con gravi ripercussioni per la salute degli utenti;

nel dettaglio, il Governo della Regione Siciliana ha predisposto un piano di riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera territoriale che prevede la conversione in «Ospedale di Comunità» del presidio ospedaliero «Ferro Branciforti Capra» di Leonforte;

la conversione determinerebbe l'impossibilità per circa 40.000 pazienti di fruire delle cure necessarie nei casi di emergenza e urgenza, così come verrebbe meno anche la possibilità che vengano erogate le cure per pazienti affetti da patologie acute;

la tipologia «Ospedale di Comunità», infatti, garantisce solo le prestazioni mediche post-acute e per pazienti che versano in stato terminale o pre-terminale;

l'assemblea Regionale Siciliana (VI Commissione Legislativa) ha approvato un atto di indirizzo, risoluzione n. 26, con il quale si impegna il Governo della Regione Siciliana a volere procedere al predetto riordino e alla conversione del presidio ospedaliero di Leonforte in «Ospedale di Comunità», solo all'esito di un procedimento di valutazione complessiva basata su appositi criteri che verrà effettuata nel triennio 2014-2017;

considerato che a giudizio degli interroganti:

ai fini di una corretta ed equa valutazione nell'ambito del suddetto procedimento, è necessario che il presidio ospedaliero sia messo nelle condizioni, di fatto e di diritto, di poter disporre di tutti gli strumenti indispensabili al fine di fornire le prestazioni sanitarie per assicurare la tutela del pieno diritto alla salute di 40.000 persone;

la conversione del presidio ospedaliero «Ferro Branciforti Capra» di Leonforte in «Ospedale di Comunità» priverebbe un intero territorio dei servizi di Pronto soccorso, di Chirurgia, di Medicina, nonché di

ogni altro strumento necessario ad assicurare la tutela del diritto alla salute riconosciuto ad ogni cittadino dell'Unione europea;

di fatto, lo stato in cui versano le strade che collegano i Comuni ubicati nell'ambito di operatività territoriale del suddetto ospedale e le relative distanze dai presidi ospedalieri che rimarrebbero operanti, non consentono un'adeguata tutela del diritto alla salute;

la rete stradale è ormai al collasso determinando gravi ripercussioni sul trasporto in ambulanza di soggetti con necessità di intervento di pronto soccorso e che sarebbero sottoposti a un serio pericolo di vita;

sono stati istituiti gli ospedali riuniti come di seguito: Distretto Enna 1: Enna – Piazza Armerina; Distretto Enna 2: Nicosia – Leonforte;

il presidio ospedaliero in questione versa in una situazione deficitaria sia in punto di posti letto (13 più 3 per *day hospital*, Chirurgia; 20 più 2 per *day hospital*, Medicina; Riabilitazione, per un totale di 45 posti letto più 5 per *day hospital*), sia in termini di personale (personale dell'emoteca, tant'è che nei casi di necessità di sangue bisogna ricorrere all'emoteca di Piazza Armerina che dista circa 50 chilometri; 8 infermieri sono stati trasferiti momentaneamente ad Enna e Nicosia insieme a cardiologi, chirurghi e anestesisti);

in particolare, nel distretto Enna 2, il presidio ospedaliero di Nicosia ha avuto una presenza costante e continua di medici e anestesisti, mentre quello di Leonforte è sistematicamente mancante di anestesisti, il che causa gravi disservizi per gli interventi programmati anche in emergenza – urgenza; infatti l'attività chirurgica in emergenza- urgenza risulta sospesa da tempo;

molto grave risulta inoltre la carenza di ambulanze. In particolare l'unica ambulanza a disposizione si trova per lunghi periodi in fermo tecnico presso un'autofficina, causando gravi problematiche oggetto di esposti presso la Procura della Repubblica di Enna;

da un esposto risulta, tra l'altro, che il 3 marzo 2015, a causa di un fermo tecnico dell'ambulanza interna dal 25 febbraio 2015, nelle ore notturne l'ambulanza del Servizio 118 ha dovuto trasferire un paziente ad Agrigento in sostituzione, appunto, di quella interna lasciando senza copertura il territorio di riferimento per qualsiasi intervento di urgenza. Evento simile si verificava anche il giorno seguente;

nell'anno 2014, il solo reparto di chirurgia del presidio ospedaliero «Ferro-Branciforti-Capra» di Leonforte ha registrato il numero più alto di ricoveri rispetto agli altri 3 presidi ospedalieri dell'ASP (Azienda sanitaria provinciale) 4 di Enna (Leonforte ricoveri: 544; interventi: 194; Nicosia ricoveri: 291; interventi 181; Enna ricoveri: 497; interventi: 389; Piazza Armerina ricoveri: 343; interventi: 230);

in altri termini, l'ospedale di Leonforte ha il maggior numero di ingressi, in ragione anche della elevata fiducia di cui godono i medici ivi operanti, ma non è posto nelle condizioni di potere effettuare gli interventi programmati e in emergenza – urgenza, perché sistematicamente privato delle figure necessarie per poter operare in modo efficiente;

quanto espressamente stabilito dal decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012 (cosiddetto «decreto Balduzzi») per la parte relativa agli ospedali situati in zone particolarmente svantaggiate o montane, nonché quanto frutto di specifico accordo Stato-Regioni, è stato disatteso per quanto attiene gli ospedali presenti all'interno dell'ASP n. 4, individuando quale ospedale di riferimento, nell'ambito degli ospedali riuniti del Distretto Enna 2, l'ospedale Basilotta di Nicosia e non, come avrebbe dovuto essere, in applicazione della citata norma, l'ospedale «Ferro-Branciforti-Capra» di Leonforte;

tra l'altro si è potenziato con ulteriori reparti l'ospedale Basilotta, depotenziando di conseguenza l'ospedale di Leonforte in netto contrasto con quanto espressamente sancito dal decreto Balduzzi (sempre in merito agli ospedali situati in «zone» altamente disagiate o montane), che è servito da una rete viaria disconnessa, difficile da percorrere in special modo in inverno per il verificarsi continuo di smottamenti, e con tempi di percorrenza che superano di gran lunga quelli definiti *ex lege*;

tali scelte appaiono agli interroganti sorrette da logiche riferibili ad apposite *lobbies* politiche e di baronati propri della sanità, fortemente presenti nella provincia di Enna,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza degli accadimenti esposti in premessa;

quali provvedimenti di competenza intenda assumere per impedire che episodi come quelli descritti si ripetano, al fine di evitare che venga messa ancora a repentaglio la vita di tutti i cittadini del comprensorio;

quali iniziative di competenza intenda adottare affinché il presidio ospedaliero «Ferro- Branciforti Capra» venga messo in condizione di garantire ai circa 40.000 pazienti, che vi fanno ingresso annualmente, prestazioni sanitarie adeguate e se, in particolare, ritenga necessario colmare le gravi carenze di dotazione.

(3-01871)

VALDINOSI, PADUA, BIANCO, SILVESTRO, MATTESINI, DALLA ZUANNA, ROSSI Gianluca, PEZZOPANE, BERTUZZI, SOLLO, PUPPATO, LAI, LO GIUDICE, GATTI, CARDINALI, SCALIA, LO MORO, FASIOLO, SPILABOTTE, IDEM, PAGLIARI, ASTORRE. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la riforma del Titolo V della parte II della Costituzione, realizzata con legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3, ha modificato l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed enti locali, introducendo un quadro di devoluzione delle competenze e delle responsabilità in materia sanitaria;

con questa riforma le Regioni hanno assunto la responsabilità, quasi esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, mentre allo Stato è rimasta la responsabilità di stabilire quali sono le presta-

zioni sanitarie essenziali (cosiddetti livelli essenziali di assistenza) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti;

tuttavia, l'offerta di prestazioni sanitarie si configura attualmente come un mosaico estremamente variegato, tanto che si parla di 21 diversi servizi sanitari che hanno sostituito il SSN. In particolare, a fronte di rischi infettivi sostanzialmente omogenei, le politiche vaccinali sono caratterizzate da una forte eterogeneità territoriale evidentemente ingiustificata; considerato che

il piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 è lo strumento tecnico di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri, diritto che deve essere garantito a tutti i cittadini del Paese, indipendentemente dalla regione di residenza, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;

il piano rappresenta una base di riferimento perché le Regioni possano garantire in modo uniforme il diritto alla prevenzione vaccinale;

allo stato attuale, invece, lo stesso tipo di vaccinazione è offerta gratuitamente ai nati in alcune Regioni, solo ai nati a rischio in altre e addirittura vi possono essere differenze tra aziende sanitarie locali della stessa Regione;

per fare alcuni esempi, oggi se un bambino nasce in Puglia, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Sicilia, Liguria, Calabria e Veneto, riceve gratuitamente il vaccino contro la meningite da meningococco B, ma se nasce in tutto il resto dell'Italia potrà fare il vaccino solo a fronte di una consistente spesa a carico della famiglia;

allo stesso modo, l'adolescente veneto e pugliese riceve il vaccino contro il Papillomavirus anche se è maschio, mentre il resto dei coetanei lo riceve solo se di sesso femminile;

solo se un bambino nasce in Veneto riceve nel secondo anno di vita il vaccino quadrivalente contro il meningococco, nel resto d'Italia riceve l'anti-meningococco C, che viene poi offerto anche a metà degli adolescenti italiani mentre l'altra metà riceve il quadrivalente: ma l'adolescente lombardo, emiliano, campano lo riceve solo pagando;

solo la Sicilia offre gratuitamente l'anti-rotavirus, ottenendo peraltro una copertura molto modesta (pari al 30 per cento) nel 2014, mentre tutti i bambini residenti nel resto d'Italia lo devono pagare;

metà delle Regioni italiane offrono il vaccino contro la varicella a tutti i bambini dal tredicesimo mese, l'altra metà no;

stante la situazione, l'Associazione culturale pediatri (ACP) ha lanciato recentemente un appello al Governo («Basta col federalismo vaccinale!») e una petizione in cui si chiede un cambiamento radicale della politica vaccinale del Paese;

considerato inoltre che:

è possibile che questa elevata disomogeneità procuri confusione e sia una delle cause del *trend* di riduzione delle coperture vaccinali in atto nel nostro Paese;

secondo i dati del Ministero della salute, nel 2013 le coperture medie vaccinali a 24 mesi di età hanno raggiunto il livello più basso degli ultimi 10 anni per quasi tutte le vaccinazioni, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha richiamato l'Italia e ha chiesto un incontro urgente col Ministro in indirizzo;

i dati relativi al 2014 non sono ancora disponibili per tutte le Regioni, ma quelli al momento pubblicati (ad esempio l'Emilia-Romagna) confermano il *trend* decrescente;

la disinformazione presente in particolare sui *social network* tende ad aumentare una condizione di confusione e preoccupazione da parte dei genitori nei confronti della vaccinazione e dei suoi effetti collaterali e rischi per la salute dei bambini;

considerato, infine, che:

la presenza sul territorio nazionale di differenze nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione rappresenta una grave limitazione del diritto costituzionale alla salute che occorre rapidamente superare;

al fine di raggiungere l'obiettivo generale di armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, si possono mettere in campo speciali strumenti finalizzati al superamento delle differenze territoriali, come il monitoraggio dei LEA, il rispetto degli obiettivi del PNPV e la solidarietà tra Regioni,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga di fare in modo che gli obiettivi previsti dal PNPV siano verificati annualmente attraverso uno o più indicatori per ciascun obiettivo vaccinale specifico, nell'ambito del sistema ordinario di monitoraggio dei LEA;

se, in considerazione del fatto che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da parte anche di una sola Regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, in quanto una scarsa copertura vaccinale in un'area può innescare manifestazioni epidemiche che possono facilmente diffondersi in aree contigue, non ritenga doveroso implementare quanto scritto nel PNPV in merito ad interventi *ad hoc* contro le Regioni inadempienti;

se non ritenga opportuna la predisposizione e la realizzazione di una campagna informativa autorevole e chiarificatrice sul valore e l'importanza della vaccinazione, da effettuare sia attraverso i tradizionali *media* (televisioni e radio) sia attraverso i *social network* sia avvalendosi del ruolo fondamentale dei pediatri di famiglia;

se non consideri opportuno un ripensamento dell'intera politica vaccinale, al fine di ripristinare un sistema vaccinale unico, unitario e nazionale, affinché tutti i bambini abbiano gli stessi *standard* di protezione ovunque nascano.

(3-02142)

SILVESTRO, MATTESINI, PADUA, VALDINOSI, ALBANO, CARDINALI, FABBRI, FAVERO, FISSORE, IDEM, LAI, LEPRI, LO MORO, ORRÙ, PEZZOPANE, PUGLISI, PUPPATO, SCALIA, SPILABOTTE, SOLLO. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'attività motoria è universalmente riconosciuta come strumento di prevenzione e cura di malattie metaboliche e raggiungimento di un ottimale stato psicofisico;

sebbene i bambini siano portati, per caratteristiche proprie ad un continuo movimento, a causa di forti condizionamenti socio-economici sono indotti ad un comportamento sedentario, che incide negativamente sul loro stile di vita complessivo e sul loro benessere psico-fisico;

la promozione dell'attività fisica rientra a pieno titolo nei compiti istituzionali della scuola, considerato il ruolo fondamentale che svolge nell'ambito della formazione e della crescita dei bambini;

con decreto 8 agosto 2014 di «Approvazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica», il Ministero della salute ha condizionato l'attività sportiva non agonistica ad un preventivo elettrocardiogramma e al rilascio della certificazione relativa;

la Federazione italiana medici pediatri ha scritto una lettera aperta al Ministro in indirizzo, evidenziando che tale obbligo non ha riscontro nella letteratura pediatrica internazionale e impone un costo che scoraggia l'attività motoria organizzata, soprattutto tra le famiglie indigenti;

la nota del Ministero, prot. n.5479 del 17 giugno 2015, ha confermato che la certificazione per l'attività sportiva non agonistica e l'elettrocardiogramma devono essere richiesti esclusivamente per i soggetti tesserati al CONI o società sportive affiliate a federazioni o enti sportivi da questo riconosciuti;

è noto che quasi tutte le palestre, piscine e circoli sono affiliati al CONI e che quando organizzano corsi di varia tipologia tesserano d'ufficio i praticanti a prescindere dall'età e dal tipo di impegno;

la XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera ha ritenuto che non debba essere richiesto il certificato sportivo per l'attività ludico-motoria,

si chiede di sapere:

quale sia la valutazione del Ministro in indirizzo in merito a quanto rappresentato;

se intenda favorire la diffusione e l'accesso alle attività motorie non agonistiche organizzate, esentandole da qualsiasi obbligo certificativo, quanto meno per la prima infanzia fino a 6 anni.

(3-02156)