



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 27

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

271^a seduta: mercoledì 16 settembre 2015

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>
* D'AMBROSIO LETTIERI (CoR)	7
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 5, 7
DIRINDIN (PD)	5
GIROTTO (M5S)	9
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: 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-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.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

INTERROGAZIONI

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01671, presentata dalla senatrice Dirindin e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In esito alla valutazione delle due delibere della Regione Marche citate nell'atto ispettivo in esame, con le quali la Regione ha inteso ridefinire le quote di partecipazione in area sociosanitaria e stabilire le tariffe regionali per l'assistenza residenziale e semiresidenziale tramite accordo con gli Enti Gestori, sembra emergere che la stessa Regione abbia normato in conformità con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001.

In particolare, con riferimento ai trattamenti semiresidenziali per pazienti disabili, di cui al punto 9, lettera *b*), dell'allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri suddetto, la Regione ha previsto due tipologie di trattamenti, caratterizzati da una intensità assistenziale differenziata, ma erogabili in una stessa tipologia di struttura, i Centri socio-educativi-riabilitativi, con posti dedicati e definiti: massimo 10 posti per trattamenti SRDis 1.1, che prevedono prestazioni a contenuto terapeutico e socio riabilitativo per disabili gravi; per tali trattamenti la Regione prevede che la tariffa sia sostenuta per il 70 per cento dal Servizio sanitario regionale e per il 30 per cento dall'utente; massimo 15 posti per trattamenti SRDis 1.2, che prevedono prestazioni a prevalente contenuto sociale; la Regione rimanda alla d.g.r. n. 1011/2013 nella quale si stabilisce che la Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR) prevede un rimborso forfettario giornaliero a paziente, mentre la tariffa giornaliera è stabilita dal Comune.

Le due tipologie di trattamenti hanno natura assistenziale diversa: infatti, i primi (SRDis), avendo una natura terapeutica e socio assistenziale, rientrano tra le prestazioni per le quali è prevista la ripartizione della tariffa giornaliera tra Servizio sanitario nazionale e Comune/assistito; viceversa, i secondi (SRDis 1.2), avendo una natura prevalentemente sociale, si collocano nella sfera assistenziale e tutelare, di esclusiva competenza degli enti locali; in questa prospettiva, la previsione di una quota a carico dell'Asur, sebbene forfettaria e di importo ridotto, potrebbe configurarsi

come livello di assistenza «ulteriore», garantito dalla Regione Marche attraverso fondi propri regionali.

Con riferimento alla richiesta di conoscere quali strumenti il Governo ritiene di mettere in atto al fine di verificare e monitorare il rispetto delle disposizioni in materia sociosanitaria, si rappresenta che il Ministero della salute, in accordo con le Regioni, ha avviato negli ultimi anni una serie di attività volte a sostenere e monitorare l'implementazione e la qualità dell'assistenza sociosanitaria.

Uno dei principali strumenti di verifica e monitoraggio dell'assistenza sanitaria attualmente adottati, riguarda la verifica di una serie di adempimenti ai quali le Regioni devono attenersi per accedere alla quota «premierale» (pari al 3 per cento) del finanziamento, che viene svincolata solo alla certificazione della erogazione appropriata ed efficace dei LEA, in una cornice di equilibrio economico.

La verifica di tali adempimenti, raccolti in un questionario che annualmente viene inviato alle Regioni, è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, un organismo interistituzionale composto da rappresentanti delle Regioni e del livello istituzionale centrale, con il supporto tecnico dell'Agenas, sulla base dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005.

Nel questionario la selezione degli indicatori riflette sia i criteri di ripartizione delle risorse del Servizio sanitario nazionale (51 per cento all'assistenza distrettuale, 44 per cento all'assistenza ospedaliera, 5 per cento alla prevenzione), sia le vigenti indicazioni di programmazione sanitaria nazionale. La valutazione degli adempimenti si basa su un sistema di pesature attribuite ai diversi indicatori, ed assegna un punteggio rispetto al livello raggiunto dalla Regione in riferimento agli *standard*.

Nel questionario sugli adempimenti LEA, è inclusa la cosiddetta «griglia LEA» con la quale sono valutati, tra l'altro, il numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, e il numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti. Con riferimento all'anno 2013, la Regione Marche presenta una dotazione di posti letto residenziali pari a 0,59 posti letto ogni 1.000 residenti, superiore al valore soglia fissato in 0,55 posti letto, mentre presenta una dotazione dei posti in strutture semiresidenziali pari a 0,11 ogni 1.000 residenti, inferiore al valore soglia fissato in 0,39. Sembra, tuttavia, che la stessa Regione non invii i dati relativi ai Centri socio-educativi-riabilitativi di cui alla presente interrogazione, perché non rientranti nella tipologia di strutture censite.

Inoltre, è prevista una specifica sezione dedicata all'assistenza sociosanitaria nella quale vengono raccolte e valutate le informazioni circa i provvedimenti adottati dalle Regioni in materia di assistenza sociosanitaria (definizione di un percorso unitario di presa in carico, adozione di uno strumento unitario di valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale, adozione di provvedimenti di individuazione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per le componenti di natura sociale).

A partire dal questionario 2013 è stata introdotta una sezione informativa inerente i flussi/sistemi informativi territoriali SIAD e FAR che, rispettivamente, raccolgono i dati circa le prestazioni di assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale erogate a persone non autosufficienti anche anziane. A partire dal questionario 2014, i dati rilevati tramite questi flussi saranno utilizzati ai fini della valutazione dell'assistenza erogata.

Il nuovo Patto della Salute 2014-2016 prevede, all'articolo 5 «Assistenza territoriale», punto 22, la realizzazione del flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, ivi comprese le strutture *ex* articolo 26 legge n. 833 del 1978, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

L'altro filone di attività diretta che consente di verificare e monitorare il rispetto delle disposizioni in materia di assistenza sociosanitaria, si sviluppa nell'ambito del supporto tecnico fornito dal Ministero della salute alle Regioni che hanno sottoscritto un Piano di rientro dal disavanzo strutturale, nei quali devono essere previste azioni di riorganizzazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, soprattutto per quanto riguarda; il potenziamento della rete territoriale, del ruolo dei distretti e delle unità di cure primarie, delle cure domiciliari (adozione di linee guida omogenee sul territorio); la ridefinizione e riorganizzazione della rete delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali (nei termini di quota di posti letto, accreditamento, linee guida sui percorsi di cura, ruolo delle ASL e delle Unità Valutative Multidisciplinari – UVM).

DIRINDIN (PD). Signora Presidente, mi dichiaro soddisfatta della risposta. Faccio solo alcune riflessioni, per rilevare che dalle parole del Sottosegretario emerge un bisogno, quello di potenziare il sistema di monitoraggio sul rispetto dei LEA. E ciò può essere fatto anche coinvolgendo nelle sedi che si dedicano a svolgere questo compito (mi riferisco al Comitato di verifica) anche esponenti della cittadinanza.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01762, presentata dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Come ricordato nell'interrogazione parlamentare in esame, la legge n. 38 del 2010 recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», ha delineato il percorso per la realizzazione di un sistema organizzativo articolato che, coinvolgendo un gran numero di strutture e di professionisti, assicura su tutto il territorio nazionale risposte socio-assistenziali anche di elevata complessità.

In particolare, parallelamente alla definizione delle reti di terapia del dolore e di cure palliative, con l'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 si è provveduto ad individuare l'elenco delle professionalità operanti nella rete delle cure palliative, tenendo conto di quanto già previsto dal legislatore.

Orbene, in occasione del perfezionamento del citato Accordo, si è posta la problematica relativa all'esclusione di quei medici, richiamati dalla citata legge n. 38/2010, i quali prestano servizio nelle reti regionali di cure palliative senza essere in possesso di una specializzazione e che, in assenza di uno specifico intervento normativo, non avrebbero potuto continuare a collaborare con il Servizio Sanitario Nazionale.

Detta problematica ha trovato soluzione con l'articolo 1, comma 425, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014), che dispone: «Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate».

Pertanto, in attuazione di quanto previsto dalla richiamata disposizione, questo Ministero ha predisposto lo schema di decreto di natura non regolamentare, che dopo l'assenso politico della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2015, è stato adottato in data 6 giugno 2015. Nel decreto sono indicati i criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici privi di specializzazione in servizio presso le reti medesime.

Tali medici, pertanto, ottenuta la prescritta certificazione, saranno idonei ad operare nelle reti di cure palliative. Più in particolare, si fa presente che i contratti di collaborazione di natura occasionale, o coordinata e continuativa, e/o libero professionali, non rientrano nell'ambito di applicabilità del d.p.c.m. 6 marzo 2015, per la stabilizzazione del personale precario del Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti detto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, dovendo necessariamente tener conto di quanto disposto dalla norma di carattere primario da attuare, disciplina apposite procedure concorsuali, riservate esclusivamente al personale titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, in possesso di determinati requisiti di anzianità previsti dal legislatore.

In particolare, l'articolo 6, comma 4, del citato decreto prevede che: «il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, presso i servizi di emergenza e urgenza degli enti di cui all'articolo 1, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto, ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.»

Tale disposizione non deroga al requisito generale previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per cui i candidati devono

essere titolari di contratti di lavoro subordinato a tempo determinato. Svolte le valutazioni di carattere tecnico-normativo che tengono, necessariamente, conto del vigente quadro normativo, anticipo che la tematica affrontata con la presente interrogazione è oggetto di valutazione politica per una eventuale ed ulteriore definizione.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signora Presidente, mi dichiaro insoddisfatto della risposta.

Prendo atto degli impegni assunti dal Governo in merito a ulteriori iniziative in materia, ma data l'importanza della materia, io voglio qui sottolineare che le prestazioni assicurate dal personale medico in questione nel campo dell'assistenza ai pazienti oncologici sono e devono rimanere irrinunciabili.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01836, a prima firma del senatore Giroto.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito ai vari aspetti della problematica delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, l'Istituto Superiore di Sanità ha precisato quanto segue.

Nel rapporto indicato nell'atto ispettivo ed elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità, sono state riportate metodologie, risultanze e considerazioni relative a tre attività svolte: l'analisi della mortalità, nel periodo 1980-2008, nei nove Comuni italiani che ospitano nel proprio territorio un impianto nucleare; la stima dei casi attesi di mortalità, con diverse ipotesi di esposizione a radiazioni ionizzanti da eventuali rilasci di radioattività da parte di questi impianti; la rassegna degli altri studi epidemiologici condotti in Italia (effettuati solo su alcuni dei Comuni presi in esame in questo rapporto), e in altri Paesi sullo stato di salute di popolazioni residenti in prossimità di impianti nucleari.

Per quanto riguarda la prima di queste attività, l'analisi della mortalità, essa è stata svolta confrontando la mortalità in ogni Comune con la mortalità media della Regione di appartenenza. Le cause di morte prese in esame sono state 62, ma particolare attenzione è stata data alle 24 patologie tumorali per le quali organismi internazionali preposti tra cui l'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, l'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, e l'*International Commission on Radiological Protection*), hanno concluso che possono essere causate, oltre che da diversi altri fattori di rischio, anche dalle radiazioni ionizzanti.

L'analisi di mortalità è stata effettuata sia per singoli Comuni e singole patologie, che per aggregazioni dei Comuni e aggregazioni di patologie. Tra i numerosi risultati di queste analisi, tutti riportati nel citato rapporto, si riscontrano alcune mortalità superiori alle medie regionali, tra cui quella per tumori alla tiroide riscontrata nell'analisi aggregata di tutti i Comuni, tranne Latina.

L'analisi delle mortalità superiori alla media regionale va approfondita, ma va detto anche che per diverse altre patologie, pure potenzial-

mente connesse ad esposizione a radiazioni ionizzanti, sono stati invece osservati livelli di mortalità inferiori alle medie regionali. Non si può comunque, parlare di «incrementi» di mortalità rispetto ai valori presenti prima della realizzazione ed esercizio degli impianti, in quanto i dati ISTAT di mortalità sono disponibili solo a partire dal 1980.

In ogni caso, il confronto tra la mortalità osservata in questi Comuni e quella media regionale permette di fare una valutazione dello stato di salute di queste popolazioni, ma non permette, invece, di concludere che un'eventuale mortalità osservata maggiore di quella media regionale sia stata causata dalla radioattività eventualmente rilasciata dagli impianti nucleari.

Infatti, le patologie tumorali in esame possono essere causate da molti fattori e non solo dalle radiazioni ionizzanti, e inoltre, per poter stabilire un tale nesso causale sarebbe necessario conoscere i livelli di esposizione a radiazioni ionizzanti dei singoli abitanti, per confrontare il livello di esposizione in coloro che sono deceduti per le patologie in oggetto con quello degli altri.

Proprio al fine di conseguire elementi conoscitivi ulteriori, è stata effettuata la stima dei casi attesi di mortalità con diverse ipotesi di livello di esposizione a radiazioni Ionizzanti prodotte da eventuali rilasci di radioattività da parte di questi impianti.

I risultati mostrano che solo in caso di rilasci consistenti di radioattività (100 volte i livelli massimi registrati in dati ufficiali) per tutto il periodo di funzionamento degli impianti, si avrebbe nei circa 30 anni di osservazione un numero di casi attesi (di mortalità per i 24 tumori per i quali le radiazioni ionizzanti hanno un ruolo eziologico), a seguito di tali rilasci, superiore a uno.

Il Ministero condivide la necessità che venga garantita da parte dell'ISS una comunicazione rigorosa, completa, comprensibile e trasparente, rivolta sia ai cittadini che alle Istituzioni, sulla problematica oggetto dello studio, e rappresenta che l'ISS intende programmare, in accordo con tutti i soggetti decisori coinvolti, un insieme di strumenti ed interventi coordinati di comunicazione, relativi ai risultati del citato rapporto e alla metodologia adottata.

Tali azioni di comunicazione devono essere rivolte e aperte alla partecipazione di tutti gli «*stakeholders*», a partire dai cittadini dei Comuni interessati alla presenza degli impianti nucleari.

Durante gli incontri inclusi in questo programma di comunicazione sarà anche possibile chiarire gli eventuali dubbi, come quelli sollevati da alcuni Enti locali, così come è stato fatto finora in tutti gli incontri già svolti su questo argomento e a cui l'Istituto Superiore di Sanità ha partecipato, quali le riunioni del Tavolo di coordinamento sulle attività di indagine epidemiologica nelle aree interessate dalla precedente generazione nucleare – istituito presso la Conferenza Stato-Città ed autonomie locali – e le riunioni della Consulta dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani dei Comuni sede di servitù nucleari.

Inoltre, l'Istituto Superiore di Sanità è disponibile a proseguire le attività di monitoraggio sulla salute dei cittadini, anche al fine di tener conto della lunga latenza, anche di diversi decenni, dei tumori che possono essere indotti anche dalle radiazioni ionizzanti, e ad estendere lo studio anche ai Comuni limitrofi, come indicato nel rapporto stesso, coinvolgendo in tali attività anche le strutture sanitarie locali.

A tale proposito, si evidenzia che alcune di queste strutture sono state già coinvolte nella realizzazione del rapporto in questione. Tali argomentazioni sono state condivise da questo Ministero in occasione di un incontro tecnico in data 25 giugno 2015, concernente le iniziative di comunicazione consequenziali ai dati del rapporto. In tale riunione i rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità hanno segnalato il forte interesse delle popolazioni interessate ad acquisire informazioni sulla questione, precisando che lo stesso Istituto si farà carico di sviluppare un programma condiviso di comunicazione, che contempri una serie di incontri.

Io ho confidenza con questa materia da molti anni e so che molte Regioni convocano i cosiddetti Tavoli della trasparenza e periodicamente convocano SOGIN, che è il soggetto attuatore, e l'Istituto Superiore di Sanità per una interpretazione di quello studio che nell'interrogazione viene anche criticato. Essendo però il primo studio su questa delicatissima materia, è un paradigma sul quale basiamo le ulteriori attività.

GIROTTO (M5S). Signora Presidente, mi dichiaro insoddisfatto della risposta. Delle 5 domande poste nella interrogazione, hanno ricevuto risposta sostanzialmente solo le ultime tre.

Ovviamente qui facciamo un atto di fede, perché lei ha indicato una serie di promesse e non di fatti già avvenuti. Quindi, anche dando per buone queste promesse, rispetto alle quali staremo molto attenti, in ogni caso mancano le risposte alle prime due richieste, che sono quelle più delicate e con le quali si chiede di sapere se ci sono responsabilità dei soggetti interessati, all'azione di smantellamento e di controllo, che sono la SOGIN e l'Istituto superiore di sanità.

Si tratta dell'attività più delicata, che è volta ad accertare se ci siano state azioni anomale che abbiano causato un aumento della mortalità, come lei ha indicato nella sua risposta all'interrogazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario De Filippo per la sua presenza. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 15,25.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

DIRINDIN, AMATI, FABBRI, GRANAIOLA, ORRÙ, PADUA, MATTESINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la normativa nazionale in materia di livelli essenziali di assistenza, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Allegato 1C, area integrazione sociosanitaria, macro livello assistenza territoriale semiresidenziale), stabilisce che per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative erogate in regime semiresidenziale a favore di disabili gravi la percentuale di costo attribuibile al servizio sanitario nazionale è pari al 70 per cento, la restante quota essendo a carico dell'utente o del Comune;

la Regione Marche, nel ridefinire le tariffe dei servizi sociosanitari, ha recentemente deliberato (delibere n. 1195/2013 e n. 1331/2014) che solo ai primi 10 utenti del centro diurno è riconosciuta la quota sanitaria del 70 per cento (43,10 euro) prevista, mentre per i successivi utenti il servizio sanitario assume una quota forfetaria pari a 15,10 euro;

nelle Marche le persone disabili gravi che ricevono assistenza presso i centri diurni interessati dalla modifica sono oltre 1.050;

inoltre, la Regione Marche non ha dato applicazione alle disposizioni riguardanti l'assistenza tutelare (Allegato 1C, macro livello assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare), che prevede che sia a carico del servizio sanitario il 50 per cento del costo della prestazione;

considerato che:

la delibera n. 1331/2014, recante «Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed enti gestori – modifica dgr 1011/2013», nel ridefinire le tariffe dei servizi sociosanitari non indica i criteri in base ai quali sono state rimodulate le tariffe, il che a parere dell'interrogante espone il provvedimento a ricorsi pregiudizievoli per la *governance* dell'intero sistema, con potenziali effetti anche sulla spesa, e costituisce un'incrinatura rispetto al principio della trasparenza cui dovrebbero ispirarsi tutti gli atti dell'amministrazione pubblica;

la rimodulazione delle quote a carico del servizio sanitario, dell'utente o del Comune appare in contrasto con la normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria e può avere pesanti ripercussioni sulla qualità di vita delle persone coinvolte e dei loro nuclei familiari;

ritenuto che in molte regioni italiane l'assistenza sociosanitaria risulta oggetto di continue limitazioni, a causa delle restrizioni imposte sia al servizio sanitario nazionale (al quale compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie e la quota sanitaria delle prestazioni integrate) sia ai Co-

muni (ai quali compete la quota sociale in caso di utenti economicamente deboli),

si chiede di sapere:

se la rimodulazione della ripartizione degli oneri fra servizio sanitario e utenti e il Comune deliberata dalla Regione Marche sia nota al Ministro in indirizzo e se ritenga che essa risulti in contrasto con la normativa nazionale;

quali strumenti ritenga di mettere in atto al fine di verificare e monitorare, e in tutto il territorio nazionale, il rispetto delle disposizioni in materia di assistenza sociosanitaria, oggetto di crescenti restrizioni ancorché fondamentale per la qualità della vita di molte persone con disabilità;

quali iniziative intenda avviare per far rispettare in tutto il territorio nazionale la vigente normativa in materia di livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

(3-01671)

D'AMBROSIO LETTIERI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la legge n. 38 del 2010 recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», approvata il 15 marzo 2010, tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore e al comma 2 dell'articolo 1 afferma perentoriamente che: «È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato (...) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza»;

uno degli aspetti attuativi della legge è quello previsto dall'articolo 5, che fa riferimento alle «reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore»;

in particolare, al comma 2 dell'articolo 5 individua i profili professionali e di specializzazione specifici dei medici che andranno a comporre le reti nazionali;

considerato che:

alcune indagini condotte dalla Federazione cure palliative (FCP) e della Società italiana di cure palliative (SICP) indicano che la metà dei medici palliativisti non possiede neanche una delle specialità indicate dalla legge n. 38 del 2010 e un terzo non ha alcuna specialità;

si tratta, comunque, di professionisti con diversi anni di esperienza, detentori delle più elevate competenze nel nostro Paese, gli stessi che hanno contribuito a fare la storia delle cure palliative italiane, permettendone lo sviluppo in una fase pionieristica e che rappresentano una risorsa indispensabile per garantire l'attività di assistenza ai pazienti;

il Parlamento si è posto il problema di dover scongiurare il rischio che, in assenza di specifiche norme, si determinasse l'impossibilità per molti medici di prestare le loro cure, con il risultato paradossale, invece di tutelare i pazienti e le loro famiglie, di riportare l'Italia alla condizione degli anni '80, quando i 250.000 malati che ogni anno affrontano una fase terminale erano privi di qualunque forma di tutela;

in più occasioni è, dunque, emersa la necessità di adottare norme idonee a salvaguardare la prosecuzione dell'attività professionale svolta dai medici, a cui, ancorché privi del titolo di specializzazione in una delle discipline indicate dalla legge n. 38 del 2010, avendo svolto una pluriennale attività lavorativa nel campo delle cure palliative, si rende necessario garantire l'accesso ai pubblici concorsi;

concretamente la questione ha trovato soluzione nell'articolo 1, comma 425, della legge n. 147 del 2013, ove è disposto che «Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate»;

tale disposizione ha trovato ulteriore riscontro nell'intesa sancita il 22 gennaio 2015 tra il Governo e la Conferenza Stato-Regioni sullo schema di decreto ministeriale del 28 marzo 2013, modificato con le osservazioni della Conferenza stessa del 10 luglio 2014 in cui venivano individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e in cui si richiedeva di includere quanto previsto dal comma 425 dell'articolo 1 della legge n. 147 del 2013;

considerato, inoltre, che:

il 2 marzo, il Ministro in indirizzo ha firmato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che permette la stabilizzazione di migliaia di lavoratori precari del Servizio sanitario nazionale attraverso procedure concorsuali riservate al personale del comparto sanità e a quello appartenente all'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario;

il comma 2 dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri citato recita che nel rispetto del principio dell'adeguato accesso dall'esterno le procedure di cui al comma 1, bandite nel rispetto dei vincoli di contenimento della spesa di personale previsti dalla legislazione vigente, così come richiamati in premessa, previo esperimento delle procedure di cui all'articolo 34-*bis* del decreto legislativo n. 165 del 2001, sono riservate al personale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1, commi 519 e 558, della legge n. 296 del 2006, e all'articolo 3, comma 90, della legge n. 244 del 2007, nonché al personale che alla data del 30 ottobre 2013 abbia maturato negli ultimi 5 anni, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche presso enti del medesimo ambito regionale diversi da quello che indice la procedura«;

il citato comma riguarderebbe dunque solo i medici che hanno avuto contratti di lavoro subordinato a tempo determinato escludendo

dalle procedure concorsuali tutti i medici con contratti di lavoro atipici, flessibili e libero-professionali;

preso atto che:

l'esclusione dalle procedure concorsuali dei profili professionali richiamati nell'art. 1, comma 425, della legge n. 147 del 2013 non assicurerebbe l'erogazione di prestazioni di qualità e di alta specializzazione determinando altresì la dispersione di quel bagaglio di conoscenze e competenze acquisito durante gli anni di lavoro accanto ai pazienti assistiti nella rete di cure palliative;

appare indispensabile consentire di operare, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992, ai medici che per numerosi anni hanno operato, con contratti di lavoro di tipo privatistico, nelle strutture pubbliche e private erogatrici di cure palliative, al fine di garantire la prosecuzione dell'assistenza a beneficio dei pazienti terminali e di preservare il cospicuo patrimonio di competenze professionali acquisito sul campo,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della problematica esposta e se non ritenga di dover intervenire con apposite iniziative di tipo legislativo al fine di salvaguardare l'efficienza delle reti per le cure palliative in cui operano i medici che risultano privi dei requisiti richiesti dal comma 2 dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2 marzo 2015;

se non ritenga di dover predisporre atti di indirizzo nei confronti delle Regioni, al fine di ammettere alla partecipazione dei concorsi pubblici presso i servizi di emergenza e urgenza degli enti, i professionisti che hanno operato nelle reti delle cure palliative con contratti di lavoro diversi da quelli di tipo subordinato, ai sensi del comma 4 dell'articolo 6 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri citato, che darebbe la possibilità al personale medico con almeno 5 anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando concorsuale, di partecipare al concorso ancorché non in possesso del diploma di specializzazione.

(3-01762)

GIROTTO, MORONESE, CAPPELLETTI, CASTALDI, BERTOROTTA, PAGLINI, SANTANGELO, AIROLA, GAETTI, TAVERNA.
– *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

su richiesta dei Comuni nuclearizzati di Latina, Rotondella (Matera), Caorso (Piacenza), Bosco Marengo (Alessandria), Ispra (Varese), Saluggia (Vercelli), Sessa Aurunca (Caserta), Trino Vercellese (Vercelli) e Roma (per il centro della Casaccia) e dell'Associazione nazionale dei Comuni d'Italia (Anci), il Ministero della salute ha commissionato uno studio all'Istituto superiore di sanità (ISS) sullo stato della salute della popolazione che risiede nei Comuni con impianti nucleari;

nel febbraio 2015 l'ISS ha consegnato alla conferenza Stato-Città il rapporto finale sullo «Stato di salute della popolazione residente nei Co-

muni già sedi di impianti nucleari: Analisi della mortalità, stima dei casi attesi e rassegna degli altri studi epidemiologici»;

secondo gli esperti del gruppo di lavoro che hanno contribuito alla stesura del rapporto per l'ISS «sono stati osservati in diversi Comuni eccessi di mortalità per alcune patologie che possono essere legati alla esposizione a radiazioni ionizzanti. In compenso, si rilevano anche difetti di mortalità che è inferiore rispetto ai valori medi regionali». E ancora: «Gli eccessi di mortalità non possono essere direttamente attribuibili, se non in piccola parte, all'esposizione a dosi di radiazioni rilasciate dagli impianti in quanto queste dosi avrebbero potuto essere prodotte solo da un continuo e rilevante funzionamento anomalo»;

complessivamente, secondo il rapporto non sono stati rilevati eccessi di mortalità generalizzati per l'insieme dei 24 tumori associabili, in base alla letteratura scientifica, a radiazioni ionizzanti. Occorre però notare che nell'analisi sull'insieme dei Comuni «è stato osservato un eccesso di mortalità (rispetto alla popolazione di riferimento) per alcune delle patologie tumorali (tra cui i tumori della tiroide) che, da parte degli organismi internazionali preposti, sono state riconosciute avere tra i loro fattori di rischio anche l'esposizione a radiazioni ionizzanti»;

considerato che:

in un articolo dell'8 aprile 2015 pubblicato da «La Gazzetta del Mezzogiorno» a firma di Filippo Mele, nel quale viene intervistato il sindaco Vito Agresti del Comune di Rotondella (Matera), vengono espresse perplessità sulle modalità con le quali lo studio è stato condotto sottolineando alcuni limiti contenuti nel rapporto legati alle specificità territoriali;

ulteriori perplessità sono state espresse anche dal sindaco Roberta Battaglia di Caorso (Piacenza) in un'intervista del 2 aprile 2015, pubblicata dalla rivista *on line* «PiacenzaSera», nella quale dichiara che «Lo studio presenta delle lacune, non sono stati presi in esame alcuni fattori come familiarità con le patologie o le situazioni ambientali; chiederemo d'incrociare questi dati anche con altri elementi di rilievo e di proseguire le ricerche anche nei prossimi anni, includendo altri parametri»;

nel rapporto vengono date indicazioni per eventuali ulteriori analisi. Nel caso fossero realizzati nuovi impianti, incluso il deposito nazionale di rifiuti radioattivi, i tecnici raccomandano di programmare fin dall'inizio un adeguato sistema di monitoraggio dello stato di salute della popolazione;

considerato inoltre che:

alla Sogin SpA compete il mantenimento della messa in sicurezza, lo smantellamento e il *decommissioning* degli impianti nucleari, nonché la gestione dei rifiuti radioattivi prodotti e la realizzazione del deposito nazionale dei rifiuti radioattivi;

all'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA), sono attribuiti i compiti di autorità nazionale di controllo sulla sicurezza nucleare, la radioprotezione, le materie nucleari, la protezione fisica passiva degli impianti e delle materie nucleari, il trasporto delle ma-

terie radioattive. In particolare l'istituto svolge le istruttorie tecniche per il parere di competenza ed esercita i controlli e la vigilanza attinenti alle installazioni nucleari, alle installazioni di rilievo nazionale con radioisotopi e macchine radiogene, al trasporto di materie radioattive e nucleari nonché alla protezione fisica passiva di impianti e materie nucleari al regime delle salvaguardie. In relazione alle installazioni nucleari esprime i pareri per il rilascio delle autorizzazioni di legge, approva i progetti particolareggiati di costruzione ed i programmi di prova nucleare e non nucleare per il collaudo, i regolamenti di esercizio, i progetti di smantellamento, formulando le relative prescrizioni tecniche,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga che le cause che hanno determinato gli incrementi di alcune delle patologie tumorali, tra cui i tumori della tiroide, possano essere ricondotte ad azioni anomale svolte nell'ambito delle proprie competenze da parte di Sogin SpA o di ISPRA;

se non consideri di dover accertare l'esistenza di eventuali responsabilità nell'attività di controllo e sicurezza nucleare che abbiano determinato un consistente incremento della patologia tumorale;

se non ritenga opportuno intraprendere iniziative di pubblica informazione, presso i territori interessati dalla presenza di siti nucleari, al fine di rendere trasparenti e noti alla cittadinanza i risultati del rapporto di cui in premessa, avviando anche un confronto sulle criticità sollevate dagli enti locali;

quali iniziative intenda assumere al fine di proseguire le attività di monitoraggio sulla salute dei cittadini e se non ritenga inoltre necessario prevedere il coinvolgimento delle strutture sanitarie locali;

se ritenga opportuno estendere lo studio citato anche ai territori in cui le popolazioni non sono residenti, ma potrebbero essere coinvolte da pericoli d'incidenti o rischi di contaminazione per le attività svolte nei centri nucleari.

(3-01836)

