



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 32

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

**INTERROGAZIONI**

314<sup>a</sup> seduta: mercoledì 3 febbraio 2016

Presidenza della presidente DE BIASI

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

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 7, 10
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> .....	3, 7
MANDELLI ( <i>FI-PdL XVII</i> ) .....	9
* PEZZOPANE ( <i>PD</i> ) .....	6
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 (NCDUDC): 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, Moderati, Movimento Base Italia, Idea, Euro-Exit): GAL (GS, PpI, M, MBI, Id, E-E); 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)-PSIMAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-L'Altra Europa con Tsipras: Misto-AEcT; Misto-La Puglia in Piu-Sel: Misto-PugliaPiu-Sel; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-MovimentoX: 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.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02257, presentata dalla senatrice Pezzopane.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alla ristrutturazione dell'ospedale «San Salvatore» dell'Aquila, danneggiato a seguito del terremoto del 6 aprile 2009, il tavolo di verifica degli adempimenti ed il comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA, in seduta congiunta, hanno valutato, nel corso delle riunioni del 17 marzo e 30 luglio 2010, gli aspetti di natura contabile relativi alla vicenda proposta dall'interrogazione, nell'ambito della più ampia trattazione dei risultati di gestione del bilancio sanitario relativi all'anno 2009 della Regione Abruzzo.

In entrambi i verbali relativi alle riunioni citate viene dato conto della presenza, nelle scritture contabili, delle entrate per il rimborso assicurativo sull'ospedale dell'Aquila per 47 milioni di euro.

Detta iscrizione, classificata tra le «altre sopravvenienze attive verso terzi» nel bilancio della ASL dell'Aquila (come richiesto anche dal collegio sindacale dell'Azienda) e nel bilancio consolidato regionale, è stata ritenuta idonea a concorrere alla determinazione del risultato di esercizio e, pertanto, ha consentito di contenere le perdite di gestione dell'anno.

La compagnia di assicurazione RSA Group non ha liquidato la somma di 47 milioni di euro alla ASL dell'Aquila con uno specifico vincolo alla ristrutturazione dell'ospedale «San Salvatore»: pertanto, non sembrerebbe potersi ravvisarsi, nei fatti, alcuna distrazione di risorse, ricadendo sul direttore generale aziendale *pro tempore* ogni valutazione circa l'impiego più opportuno delle stesse.

La direzione generale della ASL 1 (Avezzano, Sulmona, L'Aquila), per il tramite della prefettura dell'Aquila, ha inteso precisare quanto segue. La ex Azienda Sanitaria Locale 4, ricomprendente la città dell'Aquila ed il suo circondario, stipulò nell'anno 2006 con la compagnia di assicurazioni Royal & Sun Alliance una polizza con la quale venivano assicurati, fra gli altri, i danni (diretti e/o indiretti) derivanti da terremoto fino ad un massimale di 50 milioni di euro.

A seguito del sisma che ha colpito il Comune dell'Aquila nell'aprile del 2009, l'intero patrimonio immobiliare aziendale subì ingenti danni. Il competente ufficio tecnico effettuò subito dopo il sisma una prima ricognizione dell'intero patrimonio aziendale, evidenziando che gli edifici di proprietà non risultavano distrutti ma avevano subito danni di vario grado, stimati in via approssimativa in circa 100 milioni di euro.

Il 3 agosto 2009 fu raggiunto un accordo sottoscritto fra la ASL 4 e la compagnia di assicurazione, che determinò in Euro 42 milioni, al netto dell'anticipo di cinque milioni di euro (già erogati nel mese di giugno 2009), l'importo liquidabile quale indennizzo per l'evento sismico, a saldo di ogni pretesa da parte dell'Azienda.

La direzione generale dell'epoca ritenne conveniente, al fine di avere un risarcimento immediato, chiudere l'accordo con la compagnia assicurativa per la somma complessiva di 47 milioni di euro, regolarmente incassata dal 12 giugno 2009 sino al 5 ottobre 2010.

Tale importo fu iscritto, in un primo momento, al conto economico nella voce piano dei conti «rimborsi assicurativi», a sua volta confluyente nella macrovoce «proventi e ricavi diversi» (delibere n. 629/2010 e n. 1061/2010, aventi per oggetto l'approvazione del bilancio consuntivo della ASL 4 dell'Aquila; la fusione fra le due ex Aziende è infatti intervenuta dal 1° gennaio 2010 e, pertanto, per l'anno 2009 ogni Azienda provvede a redigere distinto documento contabile).

Il collegio sindacale, con verbale n. 16/2010, osservò la non corretta imputazione del rimborso assicurativo nella voce «proventi e ricavi diversi» innanzi citata, dovendo questo essere più correttamente allocato nella voce «sopravvenienze attive».

In merito, l'ASL 1 ha rilevato che, in materia di bilancio, vige l'obbligo di attenersi al principio contabile n. 16 dell'OIC (Organismo Italiano di Contabilità) di cui alla delibera CONSOB n. 1079/1982, il quale recita: «Perdita di immobilizzazioni materiali o riparazioni di danni ad immobilizzazioni dovute ad eventi indipendenti dall'impresa – Le immobilizzazioni materiali perdute per incendio od altri eventi indipendenti dall'impresa vanno considerate come alienate e va, pertanto, riconosciuta la sopravvenienza passiva che emerge da tale evento tra gli oneri straordinari. A fronte di tale perdita, l'impresa rileverà come sopravvenienza attiva tra i proventi straordinari l'eventuale rimborso di terzi (ad esempio il risarcimento del danno da parte di un assicuratore). Se il terzo, a seguito dell'evento reintegra il cespite perduto con un cespite similare o equivalente (allo stesso stato d'uso, di funzionalità, ecc.) non va rilevata alcuna sopravvenienza. I costi sostenuti per l'acquisizione del nuovo cespite vanno capitalizzati, mentre le spese sostenute per riparare i danni provocati dai predetti eventi alle immobilizzazioni vanno addebitate al conto economico».

Anche l'*advisor* KPMG – scelto dal Tavolo tecnico di governo per l'attuazione del piano di rientro della spesa sanitaria e dalla Regione Abruzzo per lo stesso scopo – si espresse nella medesima direzione.

L'ASL 1 ha evidenziato che il risarcimento della compagnia di assicurazione non risultava avere vincoli di utilizzo.

Pertanto, con delibera n.1730/2010, la suddetta ASL riadottò il bilancio consuntivo relativo all'anno 2009 della ex ASL 4 dell'Aquila, revocando contestualmente le due delibere già citate. La diversa imputazione della somma di fatto determinò che il bilancio consuntivo per l'anno 2009 della ASL 4 dell'Aquila chiudesse con una perdita di euro 3.825.518,71 anziché di euro 50.825.518,71.

Il riadottato bilancio 2009 della ex ASL 4 dell'Aquila fu approvato dall'organo regionale competente (decreto del commissario *ad acta* n. 1/2012) e verificato dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti senza osservazioni.

L'allora direttore generale della ASL 4 dell'Aquila, avendo ritenuto di poter iscrivere in bilancio la somma alla voce «proventi e ricavi diversi», prevede di ripartire la suddetta somma derivante dal rimborso assicurativo nel seguente modo:

- 1) euro 7.750.000,00, come riduzione saldo di mobilità per diminuzione della mobilità attiva e aumento della mobilità passiva;
- 2) euro 2.855.606,37, come interventi straordinari – acquisti e adeguamenti apparecchiature – ripristino funzionalità patrimonio tecnologico ospedale «San Salvatore»;
- 3) euro 36.394.393,63, come interventi sul patrimonio immobiliare adibito prevalentemente ad attività sanitaria.

In relazione al punto 2) l'ASL 1 ha segnalato che, ad oggi, sono state acquistate e/o adeguate varie apparecchiature, tutte regolarmente in funzione presso i diversi reparti ospedalieri, anche impegnando una cifra ampiamente superiore a quella stimata dall'allora direttore generale.

Per l'attuazione dei diversi interventi di riparazione del complesso ospedaliero, sempre secondo quanto riferito dalla ASL 1, sono state attivate tutte le procedure accelerate previste dalle ordinanze specifiche emanate a seguito del sisma del 6 aprile 2009 e dalla vigente normativa sugli appalti, con il vincolo ineludibile delle procedure di gara per importi al di sopra della soglia comunitaria.

Per il recupero dell'ospedale «San Salvatore» dell'Aquila, l'ufficio tecnico aziendale stimò un fabbisogno economico di circa 50.460.000 euro. Per il ripristino di tale struttura la Regione Abruzzo nell'anno 2010, in via del tutto straordinaria, prima che fosse adottata la delibera aziendale n. 1730/2010 già citata che approvava definitivamente il bilancio consuntivo 2009 della ASL aquilana, assegnò alla nuova ASL 1 (Avezzano, Sulmona, L'Aquila) la somma di euro 35.052.703,28 ai sensi dell'articolo 20 della legge n.1967 del 1988 per il ripristino dell'ospedale.

Contemporaneamente, considerato che i lavori per opere appaltati nel 2005 relativamente al «piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di L'Aquila», per l'importo iniziale di euro 16.000.000,00, che si sarebbero dovuti concludere il 26 aprile 2009 erano, al momento del terremoto, realizzati soltanto per circa euro

4.000.000,00 e, in quel momento, ancora sospesi a causa del sisma, la stessa Regione Abruzzo acconsentì ad autorizzare una perizia di variante in aumento fino ad euro 22.400.000,00 per tali opere che consentì il ripristino funzionale e statico degli stessi immobili.

Con questi due provvedimenti dell'amministrazione regionale, la ASL 1 ebbe la possibilità di procedere al graduale recupero dell'ospedale «San Salvatore» secondo tempi certi, previsti da apposito cronoprogramma, in fase di piena attuazione.

Infatti, ha in proposito specificato la ASL 1, sono stati ad oggi ristrutturati e recuperati la stragrande maggioranza degli edifici che compongono il complesso ospedaliero «San Salvatore», secondo il programma già deliberato dalla precedente direzione aziendale, utilizzando le risorse assegnate dal commissario *ad acta* della Regione Abruzzo con la rimodulazione degli interventi afferenti l'Accordo di Programma, 2° stralcio articolo 20 legge n. 67 del 1988, e con la riconversione dell'appalto in corso, cofinanziato dal Ministero della salute e per il 30 per cento dalla stessa ASL con fondi derivanti dalla alienazione del patrimonio immobiliare disponibile (tra cui il vecchio ospedale «San Salvatore» dell'Aquila, in stato di abbandono, poi venduto all'Università degli Studi dell'Aquila).

A tale riguardo, la ASL 1 ha riassunto nella tabella che lascio a disposizione gli importi degli stanziamenti straordinari erogati, di cui parte già spesi, parte impegnati e in corso di utilizzo.

Da ultimo, l'ASL 1 ha segnalato che nel 2013 la procura della Repubblica dell'Aquila aveva aperto un fascicolo in merito alla vicenda del rimborso assicurativo, delegando l'attività di accertamento alla sezione di polizia giudiziaria, del quale si è appresa la archiviazione.

PEZZOPANE (PD). Signora Presidente, signor sottosegretario De Filippo, ringrazio per la dettagliata risposta alla mia interrogazione, mi dichiaro però solo parzialmente soddisfatta. Sono soddisfatta, perché finalmente emerge, nella ricostruzione degli eventi e delle scelte della ASL e della Regione Abruzzo, l'assoluta complicità tra i due organismi nel far prevalere l'interesse della Regione a tappare un buco di bilancio, rispetto alla sacrosanta urgenza e necessità di ricostruire presto e bene l'ospedale danneggiato dal terremoto. Sulla vicenda interesserò l'istituenda Commissione di inchiesta parlamentare sul terremoto e la ricostruzione del cratere sismico a seguito dei gravi eventi sismici del 6 aprile 2009. Invito il Governo ad approfondire ancora alcuni aspetti ed a prendere atto della gravità di quanto accaduto all'Aquila, anche con una indagine ispettiva. Nella risposta del Sottosegretario ricorrono notizie e conferme date dalla stessa ASL 1 anche per il tramite della prefettura e della società di monitoraggio che ovviamente hanno tutto l'interesse a dare una versione tranquillizzante di quanto accaduto. In pratica, comunque, emerge chiaramente che con un ignobile *escamotage* tecnico i fondi provenienti dall'assicurazione e destinati a risarcire i danni del terremoto vengono prima iscritti nella voce idonea sui proventi assicurativi, per poi venire

spostati in una più comoda voce su proventi e ricavi diversi. Ben 47 milioni utilizzati in grandissima parte per tappare buchi! È un vero scandalo.

Mentre si tappavano i buchi di bilancio fatti da altri ed in tutta la Regione, ancora oggi l'ospedale non è stato completato. Sette anni sono passati: avremmo potuto costruire un ospedale nuovo e ad alta qualità tecnologica, ed invece siamo ancora con l'ospedale del G8 e i *container*. E gli interventi sono ancora *in fieri*. Il danno è gravissimo, perché nella riorganizzazione della rete ospedaliera e della ASL l'ospedale aquilano si presenta con un *gap* determinato da queste vergognose e dannose scelte. Può darsi che gli *escamotage* tecnici abbiano escluso reati penali, ma lo Stato, il Governo, ed il Parlamento in questa sede, non possono più dire che non sanno: ora sanno ancora di più con quanto cinismo siamo stati trattati e che coprire queste storture diventa compromettente.

A pochi giorni dal settimo anniversario del 6 aprile, invito questa Commissione a venire a visitare l'ospedale aquilano, dove in tanti ogni giorno si prodigano per dare servizi ed assistenza adeguati alle esigenze, e voglio in questa sede ringraziarli tutti. Quella tragica mattina alle 3,32 l'ospedale fu evacuato per gli ingenti danni della struttura. Medici e personale in gran parte lavoravano fuori dalla struttura, nelle tende e nei *container*. Tanto lavoro e tanta fatica degli aquilani e di tutti quelli, tantissimi, che sono venuti ad aiutarci. Ma lì, dopo pochi mesi, si è consumato, nella compiacenza di troppi, un vero e proprio scandalo all'italiana.

In conclusione, purtroppo, si deve prendere atto che è un ospedale che pur con tanti sforzi di medici, operatori, e dirigenti non sta come avrebbe potuto essere se le cose fossero andate diversamente.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatrice Pezzopane.

Segue l'interrogazione 3-02408, presentata dal senatore Mandelli.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Le malattie cardiovascolari sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Il peso delle malattie cardiovascolari sui ricoveri ospedalieri è in aumento; i dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie sono dovuti ad evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti, nonché a complicanze dell'ipertensione, del diabete e della malattia renale cronica.

Oggi sono noti sia i cosiddetti determinanti di salute, cioè le condizioni, legate allo stile di vita, predittive di malattie degenerative tra cui quelle cardiovascolari (alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie, eccesso di alcool, inattività fisica, fumo di sigaretta), sia i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari arteriosclerotiche: quelle condizioni che, se presenti in individui senza manifestazioni cliniche di patologia, ne favoriscono l'insorgenza (livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità, indicatori di infiammazione, fattori trombogenici).

Tra questi fattori alcuni – la colesterolemia, la pressione arteriosa, il sovrappeso e l'obesità – sono largamente influenzati dallo stile di vita e

quindi potenzialmente modificabili. I fattori di rischio non modificabili sono rappresentati dall'età, dal sesso e dalla familiarità.

Sulla base dell'indagine condotta dall'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare tra il 2008 e il 2012 e dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Associazione italiana medici cardiologi ospedalieri è stato possibile stimare in 20 Regioni, attraverso misure dirette effettuate su campioni rappresentativi della popolazione adulta, la prevalenza standardizzata di queste condizioni, che ha evidenziato come in età adulta (35-79 anni) sono ipertesi il 52 per cento degli uomini (di cui il 37 per cento non consapevoli) e il 40 per cento delle donne (di cui il 32 per cento non consapevoli); l'ipercolesterolemia è presente nel 39 per cento degli uomini (il 34 per cento di questi sono inconsapevoli) e nel 42 per cento delle donne ( di cui il 37 per cento inconsapevoli).

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), già nel 2005, ha incluso tra le aree prioritarie di intervento le malattie cardiovascolari attraverso una strategia complessiva di prevenzione che comprende la promozione della salute e dei corretti stili di vita della popolazione e l'identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio.

Il nuovo PNP 2014-2018, adottato nella Conferenza Stato – Regioni con l'intesa del 13 novembre 2014, al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui le malattie cardiovascolari, ha per la prima volta individuato per tutte le Regioni l'obiettivo dell'identificazione precoce (popolazione *target*: soggetti di età 45-60 anni) delle persone in condizioni di rischio aumentato per tali malattie.

Per le malattie cardiovascolari, l'obiettivo citato trae origine da una «*best practice*» valorizzata nell'ambito del programma del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) 2009: «Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di *screening* oncologico (IV *screening*)» e 2013 «Programma organizzato di *screening* del rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni» (Cardio 50) che, partendo dalla Regione Veneto, oggi coinvolge 22 Aziende Sanitarie Locali in 12 Regioni italiane. I progetti hanno utilizzato il modello organizzativo degli *screening* oncologici di popolazione per intervenire sui fattori di rischio modificabili attraverso un approccio coordinato, multidisciplinare e integrato, orientato ad offrire una risposta sistemica e strutturata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Il PNP prevede, una volta individuata una o più condizioni a rischio (soggetto in sovrappeso, iperteso, dislipidemico, iperglicemico, fumatore, sedentario, consumatore di bevande alcoliche), che il soggetto sia indirizzato, se necessario, verso una adeguata presa in carico sistemica in grado di potenziare le risorse personali (*empowerment* individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti o, quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari.

Le azioni del PNP, perciò, si attuano attraverso strategie sia di popolazione (di comunità) che sull'individuo.



Le strategie di comunità prevedono programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione.

Tali programmi sono finalizzati a creare le condizioni per rendere agevole l'adozione di comportamenti salutari, attraverso l'impiego di diverse componenti: ciclo di vita, *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, eccetera), con il coinvolgimento (*empowerment* di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali.

Dette strategie fanno riferimento al programma «Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari», approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007, che ha avviato tale processo intersettoriale per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita, e quindi ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, seguendo l'idea di diffondere salute in tutte le politiche.

Il programma «Guadagnare salute» ha dato luogo alla collaborazione tra diversi settori, mediante lo sviluppo di intese e accordi nazionali con soggetti non sanitari, che hanno trovato ulteriore declinazione e rinforzo su scala regionale nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP).

Le strategie individuali sono basate sulla prevenzione dei fattori di rischio, comportamentali e intermedi, attraverso la loro identificazione precoce, la conseguente auspicabile modificazione delle condizioni di rischio individuate e l'applicazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico – assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

È quindi essenziale, per la riduzione del rischio di mortalità e di disabilità evitabili nel breve – medio termine, l'identificazione più precoce possibile dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili (comprese le dislipidemie familiari per patologie cardiovascolari) o di quelli che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti, e la loro conseguente presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Il documento di valutazione del PNP, adottato in Conferenza Stato – Regioni con l'Accordo del 25 marzo 2015, prevede che tutte le Regioni predispongano entro il 2018 programmi di fattibilità per questo obiettivo e procedano anche alla loro realizzazione.

In questo quadro, le proposte del senatore Mandelli ci sembrano condivisibili ed anche, mi permetto di segnalarlo, concretamente attuabili.

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, onorevole Sottosegretario, sicuramente la mia intenzione era quella di segnalare uno dei grandi temi che sono sul tappeto della sanità italiana, quello cioè della ca-

pacità di coinvolgere la popolazione nella presa di coscienza di un pericolo reale che corre. I dati forniti poco fa dal Sottosegretario sono emblematici: in particolare, il numero di persone che non sanno di essere al centro di una problematica così grande è veramente preoccupante e lascia in una società evoluta come la nostra qualche perplessità. Sappiamo benissimo che da questi comportamenti scorretti deriva un carico importante per la salute dei nostri cittadini, che è il danno principale e voglio evidenziarlo, ma anche sul piano economico perchè a noi costa molto di più di un trattamento ben strutturato e seguito nella normalità della vita quotidiana.

Il tema, quindi, è quello di condurre insieme una riflessione su quella che è ormai una necessità ineludibile: cercare di fare della prevenzione una metodica più strutturata per affrontare le problematiche della salute italiana che invece troppo spesso viene a fare i conti solo alla fine di un percorso di vita sbagliato con un prezzo troppo salato.

Sono soddisfatto, quindi, che le mie proposte siano state ritenute percorribili; si tratta ora, ovviamente, di capire tutti insieme, al di là dell'apprezzamento, come riuscire davvero a fare in modo che un cittadino sul territorio possa essere coinvolto in campagne di *screening* che permettano di portarlo a conoscenza di questi valori che minano fortemente la sua salute e di indirizzarlo o verso un percorso di stili di vita più idonei, che è ovviamente l'augurio principale che esprimo, ma anche eventualmente di tenere sotto controllo con una terapia adeguata la patologia che emerge da questo *screening*. Secondo me si potrebbe sfruttare la legge sui servizi mettendo insieme medici di medicina generale e farmacisti, offrendo così una possibilità concreta di intercettare questi valori di colesterolo sbagliati, dannosi per il cittadino, e riuscire a instradare, come dicevo prima, o a percorsi di stile di vita migliore o anche ad un intervento farmacologico che possa scongiurare un pericolo per la sua vita con un rilievo quindi anche per i nostri conti. Mi auguro davvero che ciò possa essere preso in considerazione in modo efficace e in breve tempo.

PRESIDENTE. La ringrazio.

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

*I lavori terminano alle ore 15,10.*

ALLEGATO

**INTERROGAZIONI**

PEZZOPANE. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che a quanto risulta all'interrogante:

a seguito del terremoto del 6 aprile 2009, che ha devastato il comune de L'Aquila ed altri 55 comuni dell'area del cratere abruzzese, l'ospedale regionale «San Salvatore» de L'Aquila ha subito ingenti danni, tanto che l'intera struttura fu completamente evacuata;

a seguito della sottoscrizione di una polizza assicurativa, che la Asl de L'Aquila aveva stipulato in tempi non sospetti con la RSA Group, assicurando il nosocomio del capoluogo abruzzese in caso di eventi compresi quelli sismici, nell'estate 2009 alla Asl fu liquidata la somma di 47 milioni di euro, per la ristrutturazione dell'ospedale danneggiato a causa del sisma;

nel novembre 2009 si è verificato un avvicendamento ai vertici della Asl aquilana. Con la nomina del nuovo direttore generale della Asl, che nel 2010 viene unificata con quella di Avezzano e Sulmona, diventando Asl n. 1 Avezzano-Sulmona L'Aquila;

considerato che:

nel settembre 2009, la precedente direzione aziendale aveva adottato una deliberazione imputando tali fondi in parte alla ristrutturazione dell'ospedale (per circa 25 milioni di euro), in parte all'acquisizione di nuove strumentazioni (per circa 14 milioni) e in parte per ripianare la perdita dell'esercizio 2009 per la minore mobilità attiva dovuta al terremoto (per circa 8 milioni). Tale delibera è stata poi modificata nel 2010 imputando tali somme a sopravvenienze attive;

l'utilizzo delle somme per uno scopo diverso da quello della ricostruzione dell'ospedale è stato denunciato nel corso di un Consiglio straordinario del Comune de L'Aquila, del 18 aprile 2011, nel corso del quale si fece riferimento ad una deliberazione del direttore generale della Asl (adozione del bilancio di esercizio anno 2009, relazione gestionale anno 2009) in cui si dichiarava che «nel 2009 a differenza dell'anno 2008, si registra un netto peggioramento del risultato operativo della gestione aziendale per un totale di 33 milioni di euro, mentre si rileva un miglioramento nella gestione straordinaria per 44 milioni di euro, non imputabile alla gestione ordinaria aziendale, ma al rimborso assicurativo di 47 milioni di euro. Tale somma viene iscritta in bilancio come sopravvenienza attiva»;

nel 2013 la Procura della Repubblica de L'Aquila ha aperto un'inchiesta sui fondi incassati quale premio assicurativo del San Salvatore, dopo gli eventi calamitosi del 2009, dirottati pare per ripianare i debiti della sanità regionale;

l'inchiesta è scattata a seguito di alcuni articoli di stampa locale e di un esposto in cui si paventava l'ipotesi dell'utilizzo dei soldi del premio assicurativo per ripianare unicamente il debito dell'azienda sanitaria accumulato dell'estinta Asl aquilana e, per l'appunto, contratto in maggior misura a causa della cosiddetta mobilità passiva (sopraggiunta in conseguenza del sisma) con la quale il Governo aveva previsto l'applicazione del codice T09 che, tra l'altro, esenta a tempo determinato il pagamento dei farmaci per i cittadini residenti nel cratere;

considerato inoltre che:

nel primo trimestre 2009, la ex Asl de L'Aquila aveva un saldo di mobilità attiva di circa 20 milioni euro all'anno e nel primo trimestre tale saldo attivo era di circa 6 milioni e la mobilità passiva del periodo *post* sisma è stata interamente rimborsata dal Governo. Tale mobilità passiva, destinata quasi esclusivamente verso altre strutture sanitarie della stessa Regione, diviene a saldo zero per la stessa Regione, cosicché l'aver imputato i 47 milioni nel bilancio della Asl a sopravvenienza attiva finisce, nei fatti, per compensare le perdite di bilancio della stessa Regione;

la sopravvenienza di tali somme non ha apportato benefici alla ristrutturazione dell'ospedale San Salvatore e, a quasi 7 anni dagli eventi calamitosi, permangono molti reparti non ancora ristrutturati o riaperti, mentre altri reparti sono tuttora ospitati nella struttura provvisoria «G8»,

si chiede di sapere:

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

se intenda attivare verifiche e controlli per esaminare la correttezza dell'operato della direzione generale della ASL e della Regione Abruzzo;

come giudichi la distrazione di tali somme per fini diversi da quelli per cui erano state previste;

come consideri la situazione della ASL aquilana e dell'ospedale de L'Aquila che, a giudizio dell'interrogante, hanno subito ulteriori e gravi danni a seguito dell'operato della direzione generale della ASL e della Regione Abruzzo;

quali azioni di competenza intenda intraprendere per fare in modo che la popolazione aquilana non continui a soffrire carenze di servizi e disagi, con il rischio di una non adeguata classificazione dell'ospedale a causa di inadempienze e della diversa destinazione di fondi.

(3-02257)

MANDELLI. – *Ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

le malattie cardiovascolari costituiscono oggi la prima causa di mortalità nei Paesi occidentali. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità esse sono responsabili di 17,3 milioni di morti premature ogni anno;

in Italia sono state 185.000 le morti per malattie cardiovascolari nel 2012 (secondo i dati ISTAT del 2014). Le cure e la riabilitazione delle persone colpite hanno costi socio-sanitari elevati e sempre crescenti;

secondo i dati INPS, i costi sanitari diretti per le malattie cardiovascolari in Italia ammontano a circa 16 miliardi di euro, mentre quelli relativi alla perdita di produttività sono stimati in 5 miliardi;

sempre secondo l'INPS, le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la prima voce di costo in termini di assegni di invalidità (dati 2001-2012);

uno studio pubblicato sull'«European Journal of Health Economics» nel 2014 ha dimostrato come, ad un'adeguata aderenza alla terapia, si associ un miglioramento dello stato di salute dei pazienti e un risparmio notevole di risorse per il sistema sanitario: il raggiungimento di un livello di aderenza alla terapia del 70 per cento, ad esempio, determinerebbe per l'Italia un risparmio pari a 100 milioni di euro nei prossimi 10 anni;

un terzo della quota stimata di casi di malattia ischemica è causata da ipercolesterolemia. Livelli elevati di colesterolo, in particolare di colesterolo «cattivo» (LDL) costituiscono uno dei fattori di rischio più importanti, perché favoriscono la formazione delle placche aterosclerotiche e l'indurimento delle arterie, aumentando l'incidenza di eventi coronarici e vascolari maggiori. La riduzione del colesterolo «cattivo» (LDL) è il principale *target* per ridurre gli eventi cardiaci;

l'Istituto superiore di sanità stima che, in Italia, il 21 per cento degli uomini e il 25 per cento delle donne italiane hanno livelli elevati di colesterolemia totale (maggiore di 250 milligrammi al decilitro) e più di un terzo della popolazione nazionale è al limite della soglia di rischio;

il livello di colesterolo totale nel sangue dovrebbe essere inferiore ai 200 milligrammi al decilitro, con un valore del colesterolo «buono» (HDL) maggiore di 40-45 milligrammi al decilitro e quello del colesterolo «cattivo» (LDL) inferiore a 100 milligrammi al decilitro nelle persone ad alto rischio, che non hanno avuto eventi cardiovascolari, e inferiore a 70 milligrammi al decilitro nelle persone a rischio molto alto, che hanno già avuto eventi cardiovascolari;

l'ipercolesterolemia familiare (FH, dall'inglese «Familial Hypercholesterolemia») è una malattia genetica ereditaria, che provoca livelli molto alti di colesterolo LDL nel sangue, a causa di alterazioni genetiche, che ne impediscono un'adeguata rimozione da parte del fegato;

l'ipercolesterolemia familiare è detta eterozigote (HeFH, Heterozygous Familial Hypercholesterolaemia) quando, come nella maggioranza dei casi, la persona colpita ha ereditato un gene alterato da un genitore e un gene normale dall'altro genitore;

nella HeFH non tutti i membri della famiglia sono colpiti: i parenti stretti di un soggetto affetto da HeFH (per esempio fratelli, sorelle, figli) hanno il 50 per cento di probabilità di avere la HeFH;

la HeFH è una delle condizioni genetiche gravi più comuni, e colpisce da 1 persona su 500 fino a 1 persona su 200. In Italia i soggetti affetti da ipercolesterolemia familiare su base genetica sono stimati intorno a 250.000, di cui quasi 25.000 nel Lazio e oltre 10.000 nella sola città di Roma;

si stima che su tutto il territorio nazionale siano circa 22.000 i soggetti sotto i 14 anni affetti da ipercolesterolemia familiare. Questi soggetti, se non diagnosticati precocemente e avviati ad un corretto percorso di cura, restano esposti a livelli elevati di colesterolo LDL per un tempo prolungato. Ne consegue un elevato rischio di eventi cardiovascolari precoci (infarto del miocardio, ischemia del miocardio e *ictus*) già a partire dai 30 anni. Ciò aumenta i costi di gestione per il sistema sanitario enormemente più gravosi rispetto a quelli necessari per la prevenzione;

la HeFH aumenta notevolmente il rischio di eventi cardiovascolari precoce (fino a 20 volte di più rispetto alla popolazione generale non colpita dalla malattia). Negli individui con HeFH, l'età media di sviluppo di una malattia cardiovascolare è bassa, attorno a 50 anni per gli uomini e a 60 anni per le donne;

nel nostro Paese, l'ipercolesterolemia familiare viene diagnosticata solo all'1 per cento dei pazienti ipercolesterolemici, mentre in alcune nazioni europee, come l'Olanda, si arriva fino al 70 per cento;

la diagnosi di HeFH si basa sul rilievo di alti livelli di LDL-C e di un quadro clinico caratteristico. Può essere facilitata dall'impiego di un sistema a punteggio («dutch lipid clinic network score») ed confermata dopo l'accertamento genetico, su un campione di DNA;

il riscontro di un caso di HeFH in una famiglia deve indurre a ricercare precocemente la presenza della malattia anche nei familiari più stretti (*screening* a cascata), con l'obiettivo di trattarli tempestivamente;

la diagnosi precoce è resa difficile dalla limitata rilevazione del colesterolo LDL e dalla scarsa conoscenza e utilizzo del «dutch lipid score», fondamentali per far acquisire al medico e al paziente la consapevolezza e avviare un percorso di cura;

la terapia adeguata, che comprende uno stile di vita corretto e farmaci, che riducono efficacemente i livelli di colesterolo LDL, riduce il rischio associato alla HeFH;

le cliniche e gli istituti specializzati sono pochi e spesso lontani dai comuni di residenza dei pazienti, sui quali, oltre al peso della malattia, gravano continui viaggi per sottoporsi a cure periodiche e spossanti, come ben evidenziato nell'indagine civica sulle criticità assistenziali delle persone con ipercolesterolemia familiare, condotta dal tribunale per i diritti del Malato-Cittadinanzattiva nel 2015;

in alcune Regioni, come la Sicilia, è prevista la compilazione di un piano terapeutico annuale, con grave disagio per i pazienti;

nei Paesi nordeuropei, come ad esempio l'Olanda, viene utilizzato il programma di «*screening* a cascata», permettendo l'identificazione dei tre quarti degli ipercolesterolemici familiari con conseguenti benefici a livello terapeutico per i pazienti e ingenti risparmi per le casse dello Stato, si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non intendano opportuno promuovere una campagna di sensibilizzazione sull'ipercolesterolemia familiare, anche attraverso gli ordini professionali dei medici e dei farmacisti, le associazioni di categoria di riferimento, nonché le società scientifiche interessate, in

particolare le società dei medici di medicina generale, per promuovere la diagnosi precoce;

se non ritengano prioritario e urgente istituire, in accordo con le Regioni, un registro centrale nazionale basato su un programma di «*screening* a cascata», ovvero effettuare *test* del colesterolo dei parenti più stretti dei soggetti ritenuti a rischio, così come avviene in altri Paesi europei;

quali misure intendano attuare, nel rispetto del federalismo sanitario, per semplificare l'accesso alla diagnosi e alla terapia, anche al fine di garantire risparmi per lo Stato nel medio e lungo periodo.

(3-02408)

