



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 91

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

248^a seduta: mercoledì 28 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

INDICE

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(299) Paola **BOLDRINI** ed altri. – *Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia*

(485) Isabella **RAUTI** ed altri. – *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante*

(672) **VESCOVI**. – *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante*

(899) Felicia **GAUDIANO** ed altri. – *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTEPag. 3

(869) Sonia **FREGOLENT** ed altri. – *Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari*

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTEPag. 3, 6, 7

BINETTI (FIBP-UDC) 5, 7, 8

BOLDRINI (PD) 4

FREGOLENT (L-SP-PSd'Az) 5, 6, 7

RIZZOTTI (FIBP-UDC) 4, 9

(1715) Maria **Domenica CASTELLONE** ed altri. – *Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

(179) Maria **RIZZOTTI** ed altri. – *Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore*

(1127) **MARINELLO** ed altri. – *Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore*

(1634) Laura **STABILE** ed altri. – *Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

(2153) Maria **Cristina CANTÙ** ed altri. – *Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria*

(2231) Paola **BOLDRINI**. – *Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero*

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, congiunzione con la discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 9, 11

BOLDRINI (PD) 11

* **CANTÙ** (L-SP-PSd'Az) 9

CASTELLONE (M5S) 10

MARINELLO (M5S), relatore 10

RIZZOTTI (FIBP-UDC) 11

ALLEGATO (contiene i testi di seduta) 12

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

Segle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-l'Alternativa c'è-Lista del Popolo per la Costituzione: Misto-l'A.c'è-LPC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(299) Paola BOLDRINI ed altri. – Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia

(485) Isabella RAUTI ed altri. – Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(672) VESCOVI. – Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(899) Felicia GAUDIANO ed altri. – Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 299, 485, 672 e 899, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

Ricordo che è stata svolta la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Avverto che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio – a tale proposito, risultano in corso interlocuzioni tra il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze – e della Commissione giustizia.

Rinvio pertanto il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge ad altra seduta.

(869) Sonia FREGOLENT ed altri. – Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 869, sospeso nella seduta del 13 luglio scorso.

Comunico che sono stati presentati emendamenti che verranno pubblicati in allegato al resoconto della seduta odierna e il cui fascicolo è in distribuzione.

Dispongo una breve sospensione della seduta, in vista dell'avvio della fase di illustrazione e discussione delle proposte di modifica.

I lavori, sospesi alle ore 8,40, riprendono alle ore 8,45.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli.

All'articolo 1 sono stati presentati alcuni emendamenti.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, l'emendamento 1.1 è molto semplice. È previsto un programma «CARDIO50», ma credo che, parlando di prevenzione delle malattie cardiovascolari, sarebbe utile una modifica. Ci stupiamo di avere casi d'infarto in persone di quaranta-quarantacinque anni, magari mentre fanno sport e non necessariamente nel mondo agonistico. Siccome succedono abbastanza frequentemente, con il mio emendamento si propone di sostituire l'espressione «CARDIO50» con «CARDIO40».

Stiamo parlando di prevenzione: se un uomo con fattori di rischio si presentasse a una visita cardiologica e gli si illustrassero i rischi a cui potrebbe andare incontro, avrebbe la possibilità di cambiare determinate abitudini di vita. A cinquant'anni il problema potrebbe essere già a uno stadio avanzato; ovviamente anche in questa fascia di età si può cambiare stile di vita, ma un certo danno o un certo rischio permangono (a cominciare dalle emorragie cerebrali o altro). Nella fascia di età tra i quaranta e i cinquant'anni determinati di stili di vita si possono cambiare, anche e soprattutto se dovuti al lavoro – e questo sarà sempre più importante – monitorando fattori di rischio come lo *stress*.

Sarebbe quindi opportuno che la prevenzione iniziasse dai quarant'anni di età e non dai cinquanta, quando ormai certi danni sono già stati fatti e quando anche i costi di una terapia successiva possono essere superiori. Una scoperta tempestiva ridurrebbe quindi anche tali costi. Ricordiamo che la predittività è anche la base della prevenzione.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, l'emendamento 1.2, come già avevo anticipato nelle precedenti sedute, è frutto della consultazione di un documento coordinato tra l'altro da uno degli auditi, il professor Volpe, presidente della Società italiana per la prevenzione cardiovascolare, in collaborazione con altre associazioni scientifiche: quella cardiologica, di scienza dello sport, diabetologica, gerontologica, dell'ipertensione arteriosa e di medicina interna (sono tutte elencate nel suddetto documento).

Tale documento mette in evidenza il tema dei fattori di rischio, che per tanti anni sono stati trascurati in quanto tradizionalmente considerati in un'ottica androcentrica anche per quanto riguarda le malattie cardiovascolari. Oltre a tutti i fattori di rischio cardiovascolari, che sono stati citati nelle audizioni (lo stile di vita, il fumo, l'obesità), il documento mette in evidenza anche quelli di genere specifici oppure, come ho scritto, le differenze di sesso-genere. Tali fattori devono essere evidenziati perché sono unici e specifici della donna e non assimilabili a quelli dell'uomo; molti sono legati alla fase ormonale della vita della donna e quindi presentano caratteristiche diverse, scandite da cambiamenti dell'assetto ormonale che possono influire sull'intero organismo. Dare quindi un'indicazione di questo genere significa avere maggiore appropriatezza anche nella parte preventiva, in rapporto alla menopausa e alla fertilità che viene meno.

Non meno importante è il tumore al seno (ieri tante di noi sono state in contatto con il movimento Europa donna Italia): le terapie che vengono adottate per combatterlo, soprattutto le radioterapie, possono causare problemi e ulteriori danni alla parte del cuore. Ci sono quindi evidenze scientifiche e tutto ciò che vi sto dicendo è scientificamente approvato ed evidenziato ormai da tanti anni nelle riviste scientifiche, da quando nacque la cosiddetta medicina di genere, nata sulle evidenze scientifiche della differenza di rischio tra uomo e donna. Fortunatamente ora abbiamo una legge, ma purtroppo finora non siamo riusciti a metterle in evidenza e a tenerne conto.

Ritengo molto importante allargare, secondo le indicazioni, alle altre fasce di età (presenterò subemendamenti in tal senso); conseguentemente, si dovranno tenere in particolare considerazione le stesse differenze allargando alle altre categorie, perché fanno la differenza: molte donne non sanno di avere maggiori rischi rispetto agli uomini, perché ci sono sintomatologie e problematiche diverse. Anche questa è quindi una possibilità di dare maggiori informazioni alle donne, che possono curarsi meglio ed essere preventivamente prese in carico.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, l'emendamento 1.3 intende sostanzialmente integrare lo *screening* previsto dal disegno di legge con quello che ho definito «Cuore dell'anziano», ossia un programma organizzato per i cittadini residenti nel territorio italiano che abbiano compiuto sessantacinque, settantacinque e ottant'anni d'età. Questo perché le malattie cardiache strutturali nel paziente e nel soggetto anziano sono molto significative.

Ricordiamo che le malattie cardiache oggi sono la prima causa di morte, quindi riuscire a intercettare una fibrillazione atriale, una disfunzione ventricolare o malattie valvolari cardiache, come la stenosi aortica o un'insufficienza mitralica, è importante perché si può intervenire migliorando la qualità della vita delle persone con significative riduzioni della spesa sociale. Ci sono infatti evidenze e studi che dimostrano che negli ultimi periodi sono stati emessi diversi certificati e pensioni d'invalidità per queste patologie. Riuscire a intercettarle significa non solo ridurre i costi sociali, ma soprattutto garantire alla popolazione – ricordiamo che l'Italia è il secondo Stato per popolazione anziana – una qualità della vita degna di questo nome.

La proposta che sostanzialmente viene formulata con l'emendamento 1.3 è un'integrazione degli *screening* cardiaci previsti per il cinquantesimo anno d'età con una presa in carico del paziente, che viene indirizzato alle verifiche, perché è importante soprattutto riuscire a intercettare per tempo tutto quello che è legato alle malattie cardiache strutturali nell'anziano.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, l'emendamento 1.4, com'è facile constatare dalla sua lettura, è più semplice di quello della collega Fregolent, ma ne condivide lo spirito.

A me ha colpito molto, in più di un'audizione, ma soprattutto in una di esse – sarà perché l'oratore è stato particolarmente eloquente o perché nella mia coscienza e nella mia memoria le valvulopatie riguardavano soprattutto i bambini ed erano correlate a malformazioni o alle famose malattie reumatiche – l'idea della valvulopatia come frutto dell'invecchiamento strutturale, con una causa legata a quello che consideriamo un processo fisiologico (in realtà, come diceva Seneca, la vecchiaia è essa stessa una patologia). La trovo una sindrome che, anche al livello di persone sufficientemente acculturate, come siamo tutti noi, anche per la formazione medica che abbiamo alle spalle nella stragrande maggioranza dei casi, apre un orizzonte di nuove patologie da invecchiamento della valvola, aspetto a cui forse si presta meno attenzione.

Detto questo, mi sembra che all'interno dei processi d'invecchiamento e quindi in modo particolare della cultura del geriatra (anche se non conosco nessuno che si rechi da questo specialista a partire dai sessantacinque anni), avere uno sguardo a questo *screening* sia particolarmente importante. Si tratta infatti di una misura preventiva specifica che può davvero salvaguardare da quello che invece tendiamo a leggere come causa di morte (l'infarto, per fare un esempio). È più facile pensare a un infarto che non a una valvulopatia, che peraltro ha caratteristiche di cronicità e quindi di malessere e disagio prolungato nel paziente.

Sono disponibile anche a rielaborare questo mio emendamento, nel senso che non sono in nessun caso attaccata alla sua formulazione, anche se ho cercato di fare in modo che fosse il più sobrio possibile, ma mi sembra che portare una sensibilità su questo tipo di patologia in un Paese come il nostro, ad elevato indice di invecchiamento, possa essere davvero una misura di prevenzione positiva.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 2, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, l'emendamento 2.1 prevede, dopo le parole «*Screening* CARDIO50», di aggiungere le seguenti: «e lo *Screening* Cuore dell'anziano», per le motivazioni che ho già illustrato precedentemente.

L'emendamento 2.2 prevede che questi *screening* siano formulati per fasce d'età. In una delle audizioni svolte mi è piaciuta molto l'espressione «prevenzione di precisione»: credo si debba andare sempre più verso la precisione che queste azioni consentono, anche per un contenimento dei costi, ma soprattutto per far capire meglio ai cittadini che questi strumenti, se arrivano obiettivamente a individuare la problematica e quindi alla vera presa in carico del paziente, sono obiettivamente efficaci.

La modulazione di interventi diagnostici in funzione dei bisogni di sottogruppi della popolazione all'interno di percorsi strutturati penso sia fondamentale per garantire l'appropriatezza delle misure che proponiamo.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, poiché i fattori di rischio influenzano così tanto il manifestarsi della patologia e anche la sua intensità e la sua brevità, mi sembra che la raccolta dei dati relativi al contesto in cui il soggetto vive, come previsto nell'emendamento 2.3, quindi anche alle sue condizioni, possano essere parte integrante del progetto di prevenzione e predizione di cui si diceva precedentemente.

Ovviamente, i dati vanno raccolti con il massimo rispetto della *privacy*, ma non si può più ignorare quello che in altri ambiti chiamiamo l'impatto epigenetico: non basta la componente genetica, ma molto ci dice il contesto del paziente. In un caso di questo genere, in cui la prevalenza del disagio è così alta e l'indice di mortalità è così frequente, prestare un'attenzione al contesto di provenienza del paziente e registrarlo come fattore di rischio va a tutto vantaggio del paziente e del sistema.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 3, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, come avete modo di vedere, alcuni emendamenti sono molto semplici, come la proposta emendativa 3.1, perché prevedono l'integrazione, come dicevo prima, là dove non prevista, con il programma *Screening* Cuore dell'anziano.

L'emendamento 3.2 prevede che il Ministero della salute definisca il contenuto dello *Screening* Cuore dell'anziano, sentite le principali società scientifiche e le associazioni dei pazienti, che in questo percorso devono essere coinvolte in quanto la loro voce è assolutamente importante e fondamentale per tutte le azioni che vengono messe in campo a favore dei pazienti e per lo stesso disegno di legge.

L'emendamento 3.5 prevede semplicemente l'aggiunta, oltre che di programmi di promozione, della prevenzione, la cui importanza in questa Commissione abbiamo sottolineato più volte ricordando che occorre avere un corretto stile di vita e di agire per tempo al fine di intercettare in tempo utile le varie patologie.

Vorrei soffermarmi di più sull'emendamento 3.9, che prevede la promozione di azioni informative utili a fornire una corretta informazione.

Con riferimento alla proposta emendativa 3.0.1, vorrei condividere con voi alcuni dati dello studio del Centre for economic and international studies (CEIS) dell'Università di Roma Tor Vergata sul costo previdenziale della malattia. Lo studio ha analizzato i verbali relativi all'invalidità civile riconosciuta dall'INPS negli anni 2015-2019 per diagnosi di disturbi o malattie delle valvole aortica, mitrale o tricuspide, nonché i numeri relativi ai beneficiari di indennità di accompagnamento. Nel quinquennio considerato è aumentato del 25 per cento il numero delle richieste di invalidità per diagnosi accertata di patologia valvolare e il 30 per cento dei richiedenti aveva un'età inferiore ai sessantacinque anni. È cresciuto del 20 per cento anche il numero degli invalidi con indennità di accompagnamento per queste patologie. In questo caso il 90 per cento di questa spesa è destinato a soggetti di età di più di sessantacinque anni.

La spesa previdenziale ha raggiunto circa 29 milioni di euro annui, 17 dei quali facevano riferimento alle sole patologie di disturbi della valvola aortica con incremento del 35 per cento nel 2019 rispetto al 2015. Complessivamente, sempre nei cinque anni analizzati, relativamente a queste patologie sono stati spesi per le relative indennità di accompagnamento oltre 144 milioni di euro, con un aumento complessivo del 22 per cento nell'arco del quinquennio.

I risultati dell'analisi dicono che nel quinquennio in esame sono state presentate in Italia 15.300 domande di riconoscimento dell'invalidità civile per diagnosi delle *structural heart diseases* (SHD), di cui il 53 per cento riguardante malattie o disturbi della valvola aortica, il 42 per cento relativo alla malattia o disturbo della mitrale e il 5 per cento riferito alla malattia o disturbo della tricuspide. Dallo studio emerge in modo evidente il progressivo incremento del numero di istanze d'invalidità presentate per diagnosi di malattia o disturbo cardiaco valvolare e conseguente costante aggravio di costi a carico della previdenza sociale nazionale.

L'emendamento prevede un fondo di partenza di 5 milioni di euro – che spero venga incrementato – che non deve essere visto come un costo, ma come un investimento che vada a ridurre i costi sociali nel lungo termine in modo significativo.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, presentando l'emendamento 3.8 vorrei semplicemente dire che ho cercato di creare un filo tra i miei tre emendamenti. Il primo tende a considerare, dato l'aspetto demografico del Paese quindi l'elevato tasso d'invecchiamento, la necessità di avere uno *screening* molto attento anche oltre i cinquant'anni di età. Si tratta di capire come poter intervenire per monitorare questa condizione, perché lo stato di disagio si può evidenziare anche dopo, proprio come frutto dell'invecchiamento valvolare di cui si parlava prima.

Il secondo emendamento segnala che non c'è un buono *screening* se, oltre a prestare attenzione al soggetto, non si presta attenzione anche al contesto in cui questo soggetto è inserito.

Il terzo emendamento è sintetizzabile in un quesito: a che cosa servono i dati raccolti se poi non si traducono in una serie d'iniziative specifiche? Come parte importante della prevenzione, compreso il programma «CARDIO50», occorre avere attenzione a sostenere, anche sotto il profilo economico, quelle iniziative – chiamiamole così, usando una terminologia molto diffusa – di contrasto all'invecchiamento attivo, anche mentale: mi riferisco alla serie di attività che si possono svolgere a livello individuale o familiare, ma anche in centri, nei *club*, presso associazioni professionali dove i pensionati vanno volentieri anche a passare una parte del loro tempo. Si tratta di un concetto di prevenzione teso a mantenere molto attivo il soggetto sul piano fisico e sul piano mentale.

In sintesi, occorre estendere l'ambito dello *screening*, prestare attenzione al contesto e sostenere le iniziative di contrasto ai fattori d'invecchiamento.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, l'emendamento 3.11 chiede di aggiungere, al comma 1, dopo la lettera *c*), la seguente: «*c-bis*) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di *screening* anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare».

La troponina è un insieme di proteine specificamente cardiache e già dagli anni Duemila nelle linee guida delle società cardiovascolari era considerata un elemento da esaminare in una visita di *screening* preventivo come segnale d'allarme di un infarto in corso, addirittura quando l'esito di un elettrocardiogramma è normale; oltretutto, può rappresentare anche una spia di altre malattie metaboliche, come ad esempio il diabete. Proporrei quindi di inserire l'esame di questa proteina quasi come un obbligo nell'ambito della visita cardiovascolare, che richiede anche esami ematochimici.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

(1715) *Maria Domenica CASTELLONE ed altri. – Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

(179) *Maria RIZZOTTI ed altri. – Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore*

(1127) *MARINELLO ed altri. – Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore*

(1634) *Laura STABILE ed altri. – Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

(2153) *Maria Cristina CANTÙ ed altri. – Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria*

(2231) *Paola BOLDRINI. – Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero*

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, congiunzione con la discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca altresì il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, sospesa nella seduta del 24 giugno 2020.

Propongo che i disegni di legge nn. 2153 e 2231, in materia di riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria, e nn. 179 e 1127, concernenti la figura dell'autista soccorritore, siano dati per illustrati e che la relativa discussione proceda congiuntamente al seguito della discussione dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, stante l'affinità di materia tra i provvedimenti in questione.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, come avevo anticipato, ci pare estremamente importante che abbia luogo un'illustrazione dei disegni di legge in esame, che potrebbe anche tenere conto coralmemente dei contri-

buti dei diversi primi firmatari, data la delicatezza e la strategicità del tema e considerata la specificità e l'atipicità di una congiunzione che, come Gruppo, in linea di principio non ci vede per nulla contrari, anche alla luce della programmazione che abbiamo definito la settimana scorsa. Come era stato indicato da più Gruppi, si tratta di addivenire alla costruzione di un testo unificato che inglobi, superi e accompagni un processo di revisione cruciale sul versante del riordino del sistema di emergenza-urgenza pre-ospedaliero e ospedaliero, e delle diverse figure professionali coinvolte, compreso il soccorritore e il soccorritore autista ma non solo.

Sono certa che il collega Marinello, che stimo, saprà dare grande attenzione a questo lavoro. Considerato il sentire comune che abbiamo registrato nell'istruttoria sin qui intercorsa, siamo fiduciosi che vi sarà un lavoro proattivo, costruttivo e funzionale ad una sintesi che sappia portare autorevolmente il nostro contributo anche all'attenzione del Governo.

Auspico una decisione unanime da parte della Commissione su una prospettiva tesa alla costruzione di una proposta di testo unificato che sappia davvero farci fare dei passi in avanti su un tema così delicato. Ciò penso che imponga, come avevamo del pari condiviso, una celere evasione e il completamento della fase delle audizioni, nei termini e nei modi definiti, possibilmente entro la giornata di martedì.

I primi firmatari dei disegni di legge in esame hanno profuso un grande impegno e dei temi specifici così significativi penso meritino un lavoro di coordinamento con il relatore, ovvero una formula che ci consenta di poter giungere alla migliore decisione, in quello spirito di lavoro di squadra e di evoluzione delle misure che riteniamo fondamentali in accompagnamento al PNRR.

Auspico pertanto un lavoro condiviso e definito in tempi stringenti.

CASTELLONE (*M5S*). Signor Presidente, noi riteniamo come Gruppo che oggi sia davvero importante incardinare gli altri disegni di legge, in particolare quello sulla figura dell'autista soccorritore. Ci faremo artefici del tentativo di fare una sintesi tra i vari disegni di legge, cercando di arrivare a un comitato ristretto ed eventualmente a un testo unificato. Al momento, devo però rilevare che le visioni presenti nei vari disegni di legge sono alquanto distanti.

Propongo pertanto di congiungere i disegni di legge in esame e di rinviare alla prossima settimana la trattazione della questione relativa alla formazione di un comitato ristretto e al testo base.

MARINELLO, *relatore*. Signor Presidente, il tempo oggi a disposizione non è sufficiente per l'illustrazione dei disegni di legge in esame, quindi mi riservo di svolgere l'illustrazione richiesta dalla senatrice Cantù in altra occasione. Come rilevato nei giorni scorsi, sarebbe opportuno riunire un tavolo tecnico dove esaminare le varie proposte in modo da addivenire a una decisione, e cioè se portare avanti un testo base o un testo unificato.

Sono pertanto disponibile a verificare le possibilità di convergenza dopo aver discusso con i vari rappresentanti dei Gruppi sul da farsi.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, vorrei ricordare che, una volta avvenuta la congiunzione dei testi che sono sopraggiunti, dobbiamo ancora terminare il ciclo di audizioni informali deliberato a suo tempo. È vero che chiederemo anche che ci vengano consegnati dei contributi scritti, però credo che sia importante terminare quel lavoro che si è concordato di svolgere in tempi rapidi limitando le audizioni a una per Gruppo.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, il mio non vuole essere un intervento divisivo o critico nei confronti di qualcuno. Vorrei però sottolineare che una volta era considerata buona prassi che i relatori di un disegno di legge non fossero mai i primi firmatari dello stesso provvedimento (questo almeno è quello che succedeva nelle scorse legislature). Non ho nulla contro il senatore Marinello, ma vedo che risulta relatore anche sul disegno di legge n. 1127. Ripeto, ricordo a titolo di memoria storica che non era mai successo nelle legislature precedenti che il relatore di un disegno di legge fosse anche il primo firmatario.

PRESIDENTE. Prendo atto che non vi sono obiezioni rispetto alla proposta di congiunzione, che si intende dunque accolta e che è stata avanzata alla luce degli orientamenti unanimi manifestati dai Gruppi in sede di Ufficio di Presidenza integrato.

La designazione del senatore Marinello quale relatore anche per i disegni di legge in materia di autista soccorritore è conseguenza dell'abbinamento di tali provvedimenti al disegno di legge n. 1715 e connesso.

Alla luce del dibattito svolto, propongo di riprendere la discussione congiunta dopo la chiusura delle audizioni informali, prevista per la prossima settimana, con l'intervento del relatore Marinello sui provvedimenti oggi congiunti e la successiva discussione in ordine alla riconsiderazione del testo base.

Fino a diverse determinazioni sul punto, il disegno di legge n. 1715 resta confermato come testo base.

Se non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Rinvio pertanto il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,25.

ALLEGATO

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. 869**Art. 1.****1.1**

RIZZOTTI

Al comma 1 sostituire la parola: «cinquantesimo» con la seguente: «quarantesimo».

Conseguentemente sostituire ovunque ricorra nel testo la parola «CARDIO50», con la seguente: «CARDIO 40».

1.2

BOLDRINI

Al comma 1, dopo le parole: «condizioni di rischio cardiovascolare,» inserire le seguenti: «con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica e».

Conseguentemente, agli articoli 2 e 3, dopo le parole: «Screening CARDIO50», ovunque ricorrano, inserire le parole: «, con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica,».

1.3

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1 per "Screening Cuore dell'Anziano" si intende un programma organizzato per i residenti nel territorio nazionale, al compimento del sessantacinquesimo anno di età e ripetuto al settantacinquesimo e all'ottantesimo anno, finalizzato alla

diagnosi delle patologie cardiovascolari dell'anziano quali la fibrillazione atriale, la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica e sintomatica dell'anziano, le malattie valvolari cardiache (stenosi aortica, insufficienza mitralica e tricuspidele).».

1.4

BINETTI

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1-bis. Ai fini di cui al comma 1, a fini di prevenzione, i residenti nel territorio nazionale con età pari o superiore a 65 anni sono altresì sottoposti a *screening* cardiologico.».

Art. 2.

2.1

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'anziano».

2.2

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

*Al comma 1 sono aggiunte in fine le seguenti parole: «L'adozione di programmi di *screening* formulati per fasce d'età si pone nell'ottica della prevenzione di precisione, al fine di modulare gli interventi diagnostici in funzione dei bisogni di sottogruppi della popolazione e all'interno di percorsi strutturati per garantirne l'appropriatezza».*

2.3

BINETTI

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1-bis. Parte integrante dello *screening* è la conoscenza concreta del contesto sociale in cui il soggetto è integrato. Questi dati di natura socio-sanitaria e non solo sanitaria, sono raccolti nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali, e con riguardo alla loro evoluzione nel tempo.».

Art. 3.**3.1**

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, lettera a) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.2

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, dopo la lettera a), aggiungere la seguente:

«a-bis) entro 120 giorni dall'emanazione della presente legge, il Ministro della Salute con apposito decreto definisce, sentite le principali società scientifiche e le associazioni dei pazienti in ambito cardiovascolare e di geriatria, il contenuto dello "Screening Cuore dell'Anziano";».

3.3

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, lettera b) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.4

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.5

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «programmi di promozione» sono aggiunte le seguenti: «e prevenzione».

3.6

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «di comunità» sono aggiunte le seguenti: «e delle associazioni scientifiche e delle associazioni dei pazienti».

3.7

ZAFFINI

Al comma 1, lettera c), sostituire le parole: «comportamenti salutari» con le seguenti: «un corretto stile di vita».

3.8

Binetti

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere le seguenti:

*«e-bis) implementare, tra i programmi di promozione della salute correlati al programma *Screenin* CARDIO50 in fase di sviluppo, soprattutto quelli che permettono di promuovere iniziative concrete di contrasto all'invecchiamento, attraverso trattamenti di esercizio fisico e mentale anti-aging;*

*e-ter) calcolare il finanziamento delle predette iniziative di raccordo tra sanità e *welfare* sulla base dell'andamento demografico del paese, avendo presente la tendenza a stabilizzarsi con il tempo, nella mi-*

sura in cui la prevenzione riduce i danni occasionati dalla patologia cardio-vascolare.».

3.9

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«*c-bis*) il Ministero della salute, nell'ambito delle attività informative e comunicative previste a legislazione vigente, promuove azioni utili per fornire e un'informazione tempestiva e corretta ai cittadini in ordine allo "Screening Cardio 50" e allo "Screening Cuore dell'Anziano".».

3.10

PIRRO

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«*c-bis*) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di *screening* anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare».

3.11

RIZZOTTI

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:

«*c-bis*) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di *screening* anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare.».

3.0.1

FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, MARIN, DORIA

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:***«Art. 3-bis.***(Modalità di finanziamento)*

1. Per le finalità di cui alla presente legge e per l'attuazione dei percorsi di cui all'articolo 3 è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2021.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sono definite le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge anche al fine del rispetto del limite autorizzato.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 5 milioni di euro a decorrere dal 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».
