

XVI LEGISLATURA

IGIENE E SANITA' (12^a)

MERCOLEDÌ 24 OTTOBRE 2012

377^a Seduta (antimeridiana)

Presidenza del Presidente

TOMASSINI

Interviene il ministro della salute Balduzzi.

La seduta inizia alle ore 8,30.

IN SEDE REFERENTE

(3534) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame e rinvio)

I relatori, **SACCOMANNO** (PdL) e **BOSONE** (PD), illustrano il disegno di legge in titolo, il quale - approvato con modifiche ed integrazioni dalla Camera dei deputati - reca un complesso di misure nel settore sanitario.

L'articolo 1 concerne, in primo luogo, il riordino dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria, prevedendo che le regioni ridefiniscano tale organizzazione mediante il ricorso a forme organizzative sia monoprofessionali sia multiprofessionali. Le prime sono denominate - da parte delle norme in esame - aggregazioni funzionali territoriali; esse condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le seconde sono denominate unità complesse di cure primarie; esse erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto - come specificato dalla Camera - della peculiarità delle aree territoriali, quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa ed isole minori.

La riorganizzazione deve essere volta a garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. In particolare, per le unità complesse di cure primarie, le regioni privilegiano la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operino in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le forme monoprofessionali e multiprofessionali summenzionate erogano l'assistenza primaria attraverso il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali). Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza. La Camera ha così riformulato il riferimento al personale dipendente del Servizio sanitario nazionale - riferimento che, nel testo originario del decreto-legge, era tra l'altro limitato alle sole forme multiprofessionali.

In base alle norme in esame, gli accordi collettivi nazionali relativi al personale convenzionato summenzionato devono prevedere l'adozione delle forme suddette nonché definire gli altri contenuti individuati dall'articolo 1 - tra cui, l'istituzione del ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale (fermo restando che le graduatorie sono redatte a livello regionale); la definizione dei compiti, delle funzioni e dei criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative summenzionate; la possibilità per le aziende del Servizio sanitario nazionale (fattispecie introdotta dalla Camera) di stipulare accordi con le medesime forme organizzative per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti

affetti da patologia cronica, secondo modalità ed in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale -.

La Camera ha introdotto specifici termini temporali per l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali e per la stipulazione - senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica - dei relativi accordi regionali attuativi; in caso di mancato rispetto del termine temporale per l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, si provvede in via transitoria con decreto del Ministro della salute, emanato secondo la procedura di cui al comma 7.

Un comma inserito dalla Camera (comma 5) prevede che, nell'ambito del patto della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, vengano definiti modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso le aziende del Servizio sanitario nazionale e presso i servizi della medicina convenzionata.

Il successivo comma 8 concerne la mobilità del personale dipendente dalle aziende del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 2 riguarda l'attività libero professionale intramuraria. Si stabilisce al 31 dicembre 2012 (30 novembre 2012 nel testo originario, così modificato dalla Camera) il termine per la ricognizione straordinaria degli spazi da dedicare all'attività suddetta. Gli spazi ambulatoriali potranno essere acquisiti anche tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici. Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere attivata un'infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati - il testo originario, così modificato dalla Camera, faceva riferimento ad un collegamento "telematico" -. Il pagamento di tutte le prestazioni dovrà essere corrisposto al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale mediante mezzi che assicurino la tracciabilità. Le regioni e le province autonome possono autorizzare, limitatamente alle aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'azienda di appartenenza. Entro il 28 febbraio 2015, la regione o la provincia autonoma interessata provvede alla verifica del programma sperimentale summenzionato; in caso di verifica positiva, la regione può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del Servizio sanitario regionale ove si sia svolto il programma sperimentale, lo svolgimento dell'attività intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete.

L'articolo 2 in esame reca anche norme sugli importi a carico dell'assistito (per l'attività intramuraria) e sulla destinazione delle medesime somme.

L'articolo 2-*bis* - inserito dalla Camera - prevede l'istituzione di una Commissione per la formulazione di proposte sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate che erogano, in base ad accordi e contratti, assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale. Si definisce anche la procedura per l'eventuale aggiornamento delle medesime tariffe, in relazione alle proposte della Commissione.

L'articolo 3 concerne la responsabilità degli esercenti professioni sanitarie. Il comma 1 - nel testo riformulato dalla Camera - esclude la responsabilità penale per i casi di colpa lieve, a condizione che, nello svolgimento dell'attività, il soggetto si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Il medesimo comma fa salva, invece, la responsabilità civile - che viene dalla norma in esame ricondotta nell'ambito della cosiddetta responsabilità extracontrattuale -. Si prevede, tuttavia, che, nella determinazione della misura del risarcimento del danno, il giudice tenga debitamente conto dell'eventuale conformità dell'operato alle linee guida e buone pratiche summenzionate.

Il comma 2 demanda ad un regolamento governativo, adottato secondo la procedura definita dal medesimo comma 2 e dal primo periodo del comma 4, la disciplina di alcuni profili dei contratti assicurativi contro la responsabilità civile (per gli esercenti professioni sanitarie). Il regolamento deve prevedere: l'istituzione di un fondo per garantire idonea copertura assicurativa per alcuni casi, individuati sulla base di definite categorie di rischio professionale; l'obbligo di inserire nei contratti di assicurazione clausole che dispongano, alla scadenza, la variazione in aumento o in diminuzione del premio, in relazione al verificarsi o meno di sinistri; la limitazione della possibilità di disdetta della polizza (da parte dell'impresa assicuratrice) al caso di reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario - accertata, come aggiunto dalla Camera, con sentenza definitiva -. In ogni caso, ai sensi del secondo periodo del comma 4, è esclusa, a carico degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista (per il relativo personale) dalla normativa contrattuale vigente.

Il comma 3 concerne la determinazione del danno biologico, eventualmente conseguente all'attività degli esercenti professioni sanitarie.

Il comma 5 reca norme - con riferimento all'area sanitaria - sulla redazione e l'aggiornamento degli albi dei consulenti tecnici del giudice civile.

L'articolo 3-*bis* - inserito dalla Camera - prevede che, al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, provvedano ad analisi e studi in materia ed adottino le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico.

L'articolo 4 reca alcune norme in materia di dirigenza sanitaria e governo clinico. Si segnala, in primo luogo, la nuova disciplina sui criteri, i requisiti e la procedura per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere (comma 1, lettera *a*). Le novelle prevedono che la nomina (da parte della regione) avvenga nell'ambito di elenchi di idonei, redatti a livello regionale - si può attingere anche ad un nominativo inserito nell'elenco di idonei di un'altra regione -. Gli elenchi sono redatti mediante avviso pubblico e successiva selezione da parte di una commissione, costituita dalla regione in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti (di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). In base ad una modifica operata dalla Camera (alla lettera *b*) del comma 1), si prevede che le regioni concordino, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per la valutazione dell'attività dei direttori generali.

Una novella inserita dalla Camera (lettera *b-bis*) del comma 1) stabilisce che il direttore del dipartimento di prevenzione (delle aziende sanitarie locali) può essere scelto da parte del direttore generale esclusivamente tra i direttori di struttura complessa del dipartimento medesimo, aventi almeno cinque anni di anzianità nella funzione - mentre la norma vigente fa riferimento ai dirigenti del medesimo dipartimento di prevenzione (aventi il requisito summenzionato di cinque anni di anzianità nella funzione) -.

Inoltre, si modifica la disciplina sulle valutazioni dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale (lettera *c*) del comma 1) - tra l'altro, una riformulazione operata dalla Camera prevede che la verifica sia annuale - e si pone (lettera *d*) una nuova normativa per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Quest'ultima prevede: la selezione di una terna di candidati idonei, da parte di una commissione, composta da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale, nonché dal direttore sanitario dell'azienda interessata (quest'ultimo componente è stato inserito dalla Camera); la nomina, da parte del direttore generale, nell'ambito della suddetta terna, con obbligo di motivazione per l'ipotesi in cui s'intenda nominare uno dei due candidati aventi punteggio inferiore.

Le novelle definiscono altresì criteri, requisiti e procedure per il conferimento degli incarichi di struttura semplice (lettera *d*), capoverso 7-*quater*) e modificano i limiti numerici per alcuni contratti di lavoro subordinato a termine, relativi a determinati incarichi dirigenziali (lettere *e-bis*) ed *e-ter*)).

Si modifica, inoltre, la disciplina del collegio di direzione (nell'ambito dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale) (lettera *f*). I commi 2 e 3 dello stesso articolo 4 recano norme transitorie, con riferimento ad alcune delle novelle di cui al precedente comma 1. Il comma 4 - inserito dalla Camera - prevede che ogni regione promuova, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali sanitarie e della loro qualità. Il comma 5 - anch'esso introdotto dalla Camera - esclude i contratti a tempo determinato del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, dall'ambito di applicazione della disciplina generale sui contratti di lavoro subordinato a termine (di cui al decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, e successive modificazioni).

L'articolo 4-*bis* - inserito dalla Camera - prevede la possibilità di una parziale disapplicazione del blocco delle assunzioni del personale nel servizio sanitario regionale, con riferimento alle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari e nelle quali sia operante, per l'anno 2012, il blocco summenzionato.

L'articolo 5 prevede un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, con particolare riferimento ad una nuova ricognizione delle malattie croniche e di quelle rare, nonché alle persone affette da ludopatia. Il comma 2-*bis* - inserito dalla Camera - dispone un aggiornamento del nomenclatore tariffario relativo alle prestazioni di assistenza protesica, erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 6 reca diverse misure in materia di edilizia sanitaria, per sviluppare il coinvolgimento del capitale privato nei lavori di ristrutturazione e di realizzazione di strutture ospedaliere, per semplificare l'applicazione della normativa antincendio alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, e per accelerare l'impiego delle risorse per la realizzazione di strutture di accoglienza ai fini del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. In questo ultimo caso, vengono anche consentite alcune deroghe alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi in materia di edilizia sanitaria e - in base ad una norma inserita dalla Camera - si prevede che i programmi regionali debbano consentire la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali.

L'articolo 6-*bis* - inserito dalla Camera - concerne, al comma 1, l'impiego di plusvalenze derivanti da determinate fattispecie di vendita di immobili da parte delle regioni. Il comma 2 estende fino al 31 dicembre 2013 il divieto di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario e commissariate ed estingue di diritto i pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni summenzionate alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere.

I commi da 1 a 3 dell'articolo 7 prevedono, con decorrenza dal 1° gennaio 2013, il divieto di vendita di prodotti del tabacco per tutti i minorenni - anziché, come nella disciplina finora vigente, per i minori di anni 16 -. I commi 3-*bis* e 3-*ter* - inseriti dalla Camera - dispongono un'omologa estensione dell'ambito soggettivo per il divieto di vendita di bevande alcoliche.

Il comma 3-*quater* - anch'esso introdotto dalla Camera - vieta la messa a disposizione, presso qualsiasi pubblico esercizio, di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsiasi titolo concessorio od autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità. I commi 4, 4-*bis* (inserito dalla Camera), 5, 6 e 7 recano norme restrittive in materia di pubblicità e di formule di avvertimento relative ai giochi. Il comma 5-*bis* - introdotto dalla Camera - prevede che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca segnali agli istituti di istruzione primaria e secondaria la valenza educativa del tema del gioco responsabile. I commi 8 e 9 recano alcune norme di divieti e di controlli in materia di gioco minorile. Il comma 10 prevede una progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta di alcuni giochi, con riferimento ai punti prossimi a: istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto.

Il comma 11 prevede che, con decreto ministeriale, si disciplini l'obbligo di idonea certificazione medica per i cittadini che praticino un'attività sportiva non agonistica o amatoriale e si definiscano linee guida per lo svolgimento di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

L'articolo 8 reca norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande. Tra le varie disposizioni, si segnala che: viene attribuita alle regioni, alle province autonome ed alle aziende sanitarie locali la funzione di riconoscimento degli stabilimenti di produzione e confezionamento e viene attribuita al Ministero della salute la facoltà di compiere verifiche ispettive; sono stabiliti alcuni obblighi e divieti, riguardanti il commercio e la somministrazione di pesce, di latte crudo e di crema cruda; riguardo alle bibite analcoliche vendute con il nome di uno o più frutta a succo - o recanti denominazioni che si richiamino alla frutta a succo -, si eleva dal 12 per cento al 20 per cento il livello minimo di succo naturale, fatte salve le norme transitorie e finali di cui al comma 16-*ter*, inserito dalla Camera.

L'articolo 9 reca norme in materia di emergenze veterinarie. Il comma 1 dell'articolo 10 novella alcune specifiche norme in materia di farmaci, mentre i commi da 2 a 6 concernono: la disponibilità, per gli assistiti, a carico del Servizio sanitario nazionale, dei medicinali che risultino possedere il requisito dell'innovatività terapeutica; la revisione dei prontuari terapeutici ospedalieri e degli altri analoghi strumenti regionali; l'istituzione di un tavolo permanente di monitoraggio dei suddetti prontuari e strumenti.

Il comma 1 dell'articolo 11 prevede una revisione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale, al fine di escludere dalla rimborsabilità (a carico del Servizio sanitario nazionale) i farmaci terapeuticamente superati. Lo stesso comma pone, inoltre, una norma a regime, in base alla quale ogni revisione del prontuario in esame può includere nell'ambito della rimborsabilità i medicinali equivalenti a quelli in scadenza di brevetto o di certificato di protezione complementare con effetto non anteriore alla scadenza medesima. La Camera ha soppresso nello stesso articolo 11 alcune norme, concernenti i medicinali la cui efficacia non risultasse sufficientemente dimostrata o che non soddisfacessero il criterio di economicità, i farmaci che costituiscono un'alternativa terapeutica a medicinali già autorizzati, nonché i dosaggi da parte delle farmacie ospedaliere. Il

comma 2 riguarda una fattispecie di proseguimento transitorio della rimborsabilità, successivo all'esclusione del medicinale dalla relativa classe. Il comma 5 riguarda la sperimentazione di sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali.

L'articolo 11-*bis* - inserito dalla Camera - prevede che, in caso di condanna con sentenza di primo grado per il reato di truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, l'autorizzazione all'esercizio della farmacia non possa essere trasferita per atto tra vivi fino alla conclusione del procedimento penale (a séguito di sentenza definitiva).

L'articolo 12 concerne alcune procedure relative ai medicinali. Si segnala, tra l'altro, che: la domanda di inserimento del farmaco tra quelli rimborsabili (a carico del Servizio sanitario nazionale) è istruita - in base al comma 1 - contestualmente alla contrattazione del relativo prezzo; la domanda in esame - ai sensi del comma 2 - può essere presentata soltanto dopo il conseguimento dell'autorizzazione all'immissione in commercio, tranne le eccezioni individuate dal comma 3; si definiscono, al comma 6, alcune fattispecie di automatico collocamento (senza contrattazione del prezzo) di un farmaco generico o biosimilare nella classe di rimborso a cui appartenga il medicinale di riferimento; si esclude che, in caso di estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale, esso possa essere prescritto per le nuove indicazioni con rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale prima o senza il contestuale espletamento delle procedure di cui al comma 7; il comma 8 pone una novella intesa ad accelerare la stipula di convenzioni (da parte delle regioni, singole o in consorzio tra di esse) con i centri e le aziende per la lavorazione del plasma raccolto in Italia; si pongono - ai commi da 9 a 12 - alcune norme, soprattutto di natura amministrativa ed organizzativa, in materia di sperimentazioni cliniche sull'uomo di medicinali.

L'articolo 13 concerne: i medicinali omeopatici, anche veterinari (in particolare, per le procedure di registrazione o di autorizzazione) (commi 1 e 3); l'aggiornamento delle tariffe e dei diritti annuali dovuti nel settore farmaceutico (comma 2); gli adempimenti riguardanti la macellazione degli animali (comma 4); alcune particolari fattispecie di somministrazione dei medicinali veterinari (comma 4-*bis*, inserito dalla Camera).

L'articolo 14 reca norme relative a: la società consortile "Consorzio anagrafi animali", che viene soppressa (comma 1); l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) (commi da 2 a 7); la contribuzione obbligatoria in favore della Fondazione ONAOSI per determinati periodi pregressi (commi 8 e 9); i requisiti e la procedura per il riconoscimento e la conferma, per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (sia di diritto pubblico sia di diritto privato), l'individuazione di criteri di classificazione dei medesimi Istituti (anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca) e la determinazione delle modalità per lo svolgimento dell'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale (commi da 9-*bis* a 12; i commi 9-*bis*, 9-*ter* e 10-*bis* sono stati inseriti dalla Camera).

Il comma 1 dell'articolo 15 opera una revisione della disciplina sul trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza sanitaria del personale navigante (marittimo e dell'aviazione civile). Il comma 2 del presente articolo 15 individua le prestazioni rese dal Ministero della salute a titolo oneroso (per le quali la tariffa è rideterminata secondo la procedura di cui al comma 3). I commi 3-*bis* e 3-*ter* - inseriti dalla Camera - differiscono il termine per il riordino di alcuni organi collegiali ed organismi operanti presso il Ministero della salute ed escludono dall'ambito del medesimo riordino la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, in considerazione delle funzioni di giurisdizione speciale esercitate dalla stessa.

L'articolo 15-*bis* - introdotto dalla Camera - reca talune modifiche alle norme sull'acquisto di beni, prestazioni e servizi - sanitari e non sanitari, ed ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero - da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (ovvero, per conto di essi, da parte delle regioni e delle province autonome).

Il **PRESIDENTE** propone di fissare sin da ora il termine di presentazione degli emendamenti entro le ore 19 di oggi.

Ad avviso della senatrice **BASSOLI** (PD) la complessa natura del provvedimento esige un termine più ampio per i Gruppi. Pertanto, ritiene ragionevole che il termine per la presentazione degli emendamenti sia posto entro le ore 12 di domani.

Il **PRESIDENTE** invita i rappresentanti degli altri Gruppi a pronunciarsi sulla questione.

Il senatore **ASTORE** (*Misto-ParDem*) ritiene che sia interesse della Commissione velocizzare il più possibile l'iter del disegno di legge in titolo, fermo restando il rispetto della dignità del lavoro dei senatori.

Secondo il senatore **BOSONE** (*PD*) deve essere lasciata la possibilità al ministro Balduzzi di verificare se vi sono margini per un eventuale terza lettura del provvedimento presso la Camera dei deputati, dal momento che la volontà della Commissione è quella di provare ad introdurre alcune modifiche. Anche per questa ragione, per dare modo di valutare tale scenario e per consentire alle altre Commissioni di potersi pronunciare sugli emendamenti, ritiene ragionevole l'ipotesi di prevedere per questi ultimi un termine di presentazione più congruo.

Ad avviso del senatore **CALABRO'** (*PdL*), poiché la Commissione si impegna a rendere più rapido possibile l'iter del provvedimento, appare plausibile semmai ridurre gli spazi per il dibattito ed anticipare il termine di presentazione degli emendamenti.

La senatrice **BUGNANO** (*IdV*) condivide l'ipotesi avanzata dalla senatrice Bassoli di posticipare a domani, entro le ore 12, il termine di presentazione degli emendamenti.

Il senatore **FOSSON** (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*) per ragioni di coerenza rispetto all'impegno assunto dalla Commissione di svolgere un rapido esame del decreto-legge, si dichiara d'accordo con quanto sostenuto dal senatore Calabrò.

Anche ad avviso della senatrice **BAIO** (*Per il Terzo Polo:Apl-FLI*) occorre lavorare fin da subito sulle proposte emendative, dando modo al Ministro di verificare se vi siano le condizioni per una terza lettura da parte della Camera dei deputati.

Il senatore **RIZZI** (*LNP*) condivide l'ipotesi di anticipare il più possibile il termine di presentazione degli emendamenti.

Il **PRESIDENTE** avverte che ha appreso dal Presidente del Senato che vi è la disponibilità ad un rapido esame del decreto-legge presso questo ramo del Parlamento che consentirebbe, in caso di modifiche approvate, un ulteriore, definitivo passaggio alla Camera dei deputati.

La senatrice **BASSOLI** (*PD*) ribadisce che la Commissione deve concentrarsi sull'esame di pochi e mirati emendamenti che possano recepire anche quello che emergerà durante la discussione generale. In quest'ottica, quindi, va letta la sua proposta di posticipare il termine per gli emendamenti a domani, anche per permettere ai relatori di effettuare ulteriori verifiche sulle eventuali proposte emendative.

Il senatore **COSENTINO** (*PD*) reputa che occorre individuare un delicato equilibrio tra l'esigenza di un iter veloce del provvedimento in titolo e la necessità di un largo consenso per talune ipotesi di modifica, dando modo anche al Governo di comprendere se davvero vi siano i margini per un'ulteriore lettura da parte della Camera dei deputati. Pertanto, la fissazione del termine degli emendamenti nella giornata di domani consentirebbe ugualmente ai relatori di svolgere un approfondimento sulle esigenze richiamate, ferma la possibilità per i senatori che lo desiderano di intervenire in discussione generale.

Il **PRESIDENTE**, alla luce di quanto emerso, propone che la seduta pomeridiana della Commissione possa quindi concludersi, dando modo ai relatori di approfondire fin da subito il contenuto di talune proposte emendative per le quali resta fissato il termine di presentazione per le ore 19 di oggi. Nella seduta notturna potrà quindi avere inizio la discussione generale ed eventualmente si potrà valutare l'ipotesi di una riapertura del termine degli emendamenti.

La Commissione conviene sulla proposta del Presidente.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,40.

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 24 OTTOBRE 2012

378^a Seduta (pomeridiana)

Presidenza del Presidente

TOMASSINI

Interviene il ministro della salute Balduzzi.

La seduta inizia alle ore 15,15.

IN SEDE REFERENTE

(3534) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame e rinvio)

Riprende l'esame, sospeso nella seduta antimeridiana di oggi.

Si apre la discussione generale.

Intervenendo nel dibattito, la senatrice **GRANAIOLA (PD)** esprime rammarico per quanto esposto dal Ministro questa mattina, tanto più che le ridotte risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale renderanno difficile realizzare quel riordino dell'organizzazione sanitaria orientato a conseguire un più elevato livello di tutela della salute dei cittadini.

Entrando nel merito dell'articolato, si sofferma sull'articolo 7, sottolineando che

i messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro nel corso di trasmissioni televisive o radiofoniche rivolte prevalentemente ai giovani devono essere vietati sempre perché *il target* del giocatore, l'età e la condizione sociale si è ampliato paradossalmente proprio fra le persone adulte meno abbienti. Ritiene inoltre che il comma 10 del medesimo articolo sia stato modificato alla Camera in modo insufficiente, poiché è necessario chiarire i tempi della progressiva ricollocazione dei punti di raccolta del gioco che risultano territorialmente prossimi a istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere e luoghi di culto. Né ravvisa la ragione per cui non si debba applicare questa norma a tutte le concessioni, anche a quelle preesistenti, magari dando tempi adeguati per lo spostamento delle attività. Quanto all'istituzione di un osservatorio di cui fanno parte, oltre ad esperti individuati dai Ministeri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, anche esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani, nonché rappresentanti dei comuni, per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, ritiene utile aggiungere la rappresentanza dei consumatori e degli utenti, ovvero una rappresentanza già collaudata anche in materia di ludopatie e salute dei cittadini, mentre le associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani sono quantomeno meno diffuse o meno note al pubblico.

In ordine all'articolo 8, commi 16 e 16-*bis*, reputa essenziale aumentare il minimo succo naturale nelle bevande dal 20 per cento ad almeno il 30 per cento.

Passando all'articolo 15 riguardo al trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante alle regioni è necessario prevedere che le regioni organizzino servizi analoghi ai Servizi Assistenza Sanitaria Naviganti (SASN), chiarendo però che questo personale non può, ad esempio, finire nelle normali liste d'attesa, che ormai in molte regioni arrivano a raggiungere o superare i 12 mesi.

Ricorda infatti che le casse marittime erogano alte prestazioni sanitarie nei confronti del personale marittimo e aereonavigante che, avendo un tipo di lavoro specifico, non può permettersi i lunghi tempi di attesa come fosse un cittadino assistito dall'ASL. Osserva del resto che i tempi di attesa

per le procedure sanitarie per i naviganti sono attualmente estremamente brevi perché richiedono visite mediche preventive per gli imbarchi e assistenza sanitaria immediata tramite medici generici, specialisti e infermieri.

Dopo essersi soffermata sulle caratteristiche della visita biennale per convalidare l'idoneità alla navigazione, fa presente che nelle sedi centrali sono presenti laboratori di analisi e radiologici, per cui tutti gli esami diagnostici e medico-legali di cui il marittimo necessita vengono eseguiti direttamente in sede. Rileva peraltro che la presenza di personale marittimo comunitario ed extracomunitario rende sempre più complicata e peculiare la procedura burocratica molto differenziata per le singole tipologie delle pratiche da istituirsì.

Nel sottolineare che tutti gli uffici e gli ambulatori sono vicini al porto e alle capitanerie, giudica importante che le regioni organizzino servizi analoghi affinché il passaggio alle regioni non vanifichi questa peculiarità di pronto intervento e di servizio di eccellenza, per una popolazione navigante già provata da un lavoro usurante e che riveste un ruolo importante per l'economia mondiale sempre più globalizzata.

La senatrice **BIONDELLI** (PD) interviene brevemente per segnalare l'esigenza che tra i requisiti nei candidati alla nomina di direttori generali alle aziende ospedaliere sia espressamente prevista l'assenza di condanne o di processi penali per reati verso le pubbliche amministrazioni. Fa presente sulla questione di aver presentato una specifica proposta emendativa.

Il senatore **COSENTINO** (PD) sottolinea che il provvedimento tratta materie di assoluto rilievo tra cui la revisione degli assetti organizzativi, le procedure di selezione dei responsabili di strutture complesse, la responsabilità civile nonché le forme di articolazione territoriale della medicina di base. Tali argomenti avrebbero meritato a suo giudizio una discussione più approfondita anche in vista di una modifica del testo. L'impraticabilità di una terza lettura, come preannunciato dal Ministro nella seduta antimeridiana, svuota invece di contenuto l'esame in seconda lettura, determinando di fatto una rinuncia al ruolo specifico dei membri della Commissione.

Si sofferma quindi in particolare sulla organizzazione della medicina territoriale, rilevando criticamente come il testo si riferisca unicamente alla medicina convenzionata. A fronte di positive esperienze regionali, sarebbe stata invece necessaria a suo avviso una maggiore flessibilità nella previsione dei modelli organizzativi, nell'ottica di lasciare aperta la possibilità di collaborazioni in sede locale. Il provvedimento rischia perciò a suo giudizio di penalizzare un ambito in cui sono in atto proficue sperimentazioni.

Sul piano della responsabilità civile del personale sanitario, riconosce i miglioramenti apportati dal testo rispetto alla situazione attuale, benché giudichi opportuna qualche correzione. Ritiene infatti che anziché imporre l'obbligo assicurativo mediante stipula di apposite assicurazioni, si sarebbe potuto tener conto di alcune esperienze regionali nelle quali la copertura dei rischi è effettuata attraverso l'accantonamento di specifici fondi. Anche in questo caso sarebbe stata a suo avviso più utile una minore rigidità.

Reputa altresì con favore le modifiche delle procedure di nomina dei direttori generali e dei primari, frutto di un compromesso positivo. Considerati tuttavia i requisiti previsti, paventa il rischio che essi risultino ancora troppo generici, tanto più che in Italia non esiste un unico luogo riconosciuto di formazione, aggiornamento e verifica dei risultati.

Ravvisa peraltro gravi errori compiuti in prima lettura per quanto attiene alla parte farmaceutica, lamentando l'indebolimento della necessaria revisione del prontuario farmaceutico, nonché del ruolo della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA. Invoca dunque un atto di coraggio, giudicando preferibile il testo originario del decreto-legge rispetto alle correzioni apportate dalla Camera dei deputati. Domanda altresì chiarimenti circa la copertura della previsione per cui i farmaci innovativi vengono messi automaticamente a disposizione dei cittadini, a prescindere dal costo.

Dopo aver richiamato le recenti polemiche sollevate dalla società scientifica di oculistica, rileva criticamente l'assenza di dialettica con l'altro ramo del Parlamento, sollecitando con forza la Commissione a recuperare il proprio ruolo anche in rapporto con il Governo. Manifesta comunque

apprezzamento per l'operato dell'Esecutivo, ribadendo tuttavia le critiche nei confronti della marginalizzazione del ruolo del Senato.

La senatrice **PORETTI** (*PD*) svolge alcune considerazioni di metodo e di merito, richiamando l'intervento del senatore Cosentino: ritiene infatti a sua volta mortificante discutere di potenziali correttivi che non troveranno adeguato recepimento nel provvedimento in esame, data la blindatura di fatto imposta al testo. Lamenta dunque che ancora una volta si affermi una sorta di monocameralismo alternato, in cui la Camera che esamina per prima un provvedimento prevale sulla seconda, nonostante in questo caso vi siano i tempi tecnici per un ulteriore passaggio parlamentare.

Ricorda poi la posizione espressa presso l'altro ramo del Parlamento dai deputati radicali, i quali hanno ritenuto il testo una mera enunciazione di principi, pur condivisibili, che tuttavia si scontreranno con la realtà concreta e con la mancanza di risorse. Nel rinnovare le critiche al metodo seguito, invoca la salvaguardia delle prerogative del singolo parlamentare, sottolineando che questa poteva essere l'occasione per affrontare in modo approfondito argomenti di indiscusso rilievo. Coglie quindi l'occasione per puntualizzare che i radicali hanno più volte posto il problema dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario, fermo al 1999.

Fa presente altresì che occorre porre fine alla nomina, in qualità di commissari straordinari, dei presidenti delle regioni con disavanzi sanitari, atteso che si crea un corto circuito inaccettabile e non si risolvono i problemi di bilancio creati o ereditati dalle amministrazioni in carica. In proposito plaude alla nomina del dottor Enrico Bondi quale commissario straordinario della Regione Lazio in luogo del presidente Polverini, che rappresenta a suo giudizio una novità da seguire. Sul piano generale occorre dunque stabilire il principio di una netta distinzione tra le funzioni di commissario e di rappresentante delle istituzioni locali.

Si augura conclusivamente che non si ripetano episodi di umiliazione della Commissione, troppo spesso dovuti all'incapacità politica dello stesso legislatore ad organizzare i propri lavori.

La senatrice **BUGNANO** (*IdV*) rimarca l'esigenza di inserire, all'interno dei LEA, l'anestesia epidurale per il parto senza dolore, oggetto di una specifica proposta emendativa sui cui contenuti anche il Ministro si è espresso in senso favorevole. Auspica perciò che vi sia spazio per una modifica del provvedimento in questa direzione, tenuto conto che il tema del parto indolore era stato sostenuto da tutte le forze politiche e ripetutamente discusso in Commissione.

Il **PRESIDENTE** riconosce che sul tema dell'analgesia epidurale si era registrata una convergenza di tutte le forze politiche.

Il senatore **DE LILLO** (*PdL*) esprime a sua volta rammarico per l'impossibilità di modificare il provvedimento, in quanto ciò limita fortemente l'esame nel merito nonostante la Commissione possa vantare membri di indiscussa competenza. Associandosi alle affermazioni della senatrice Poretti, si interroga sulla possibilità concreta di dare attuazione al provvedimento, tenuto conto dello stato attuale della sanità italiana, che purtroppo difetta di mezzi e strutture. Cita in proposito la grave carenza di infermieri che affligge il comparto.

Rilevando a sua volta che alcune disposizioni rechino affermazioni di principio, si sofferma sul blocco del *turn over*, che rende la situazione ancor più insostenibile. Concorda altresì con la necessità, esposta dalla senatrice Poretti, di separare le nomine dei commissari straordinari dalle figure di vertice del governo regionale, sottolineando tuttavia l'esigenza di non far prevalere l'aspetto ragionieristico.

Richiama poi il tema della stabilizzazione dei precari su cui del resto si basa gran parte del sistema sanitario nazionale, dato il mancato rinnovo del personale sanitario. In ultima analisi coglie l'occasione per sollecitare un intervento dell'Esecutivo sul tema del vaccino antinfluenzale, onde evitare che si diffondano messaggi errati tra i cittadini.

Il senatore **GRAMAZIO** (PdL) affronta a sua volta il problema dei precari nel comparto sanitario, nonché quello del *turn over* delle regioni con disavanzi sanitari. Sottolinea dunque l'urgenza di risolvere le questioni, pena la chiusura di interi reparti con forte pregiudizio per la salute dei cittadini.

Il senatore **FOSSON** (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI) interviene brevemente per richiamare il tema dei pazienti affetti da maculopatia progressiva nei confronti dei quali è stata attualmente bloccata la terapia.

Poiché nessun altro chiede di intervenire in discussione generale, il **PRESIDENTE** dichiara chiuso il dibattito.

I relatori **SACCOMANNO** (PdL) e **BOSONE** (PD) rinunciano alla rispettiva replica.

Replica indi agli intervenuti il ministro **BALDUZZI**, il quale risponde al senatore Cosentino che gli aspetti inerenti l'obbligo assicurativo sono stati adeguatamente considerati nel provvedimento. Relativamente alle nomine dei direttori generali, tiene a precisare che la qualità dipenderà anche dalle decisioni regionali. Rileva comunque che il testo ha fortemente inciso sulle attuali procedure, imponendo di fatto una selezione.

Dopo essersi soffermato sulla parte farmaceutica, nega che il disegno di legge rechi solo enunciazioni di principi, tanto più che molti interlocutori lo hanno definito addirittura troppo direttivo. Quanto al metodo, riconosce il rilievo di alcune proposte emendative come ad esempio quelle inerenti l'introduzione dell'epidurale nei LEA, sottolineata dalla senatrice Bugnano, di cui condivide l'indirizzo politico.

Fa presente inoltre al senatore De Lillo che il mandato ai commissari straordinari non avrà un contenuto ragionieristico, tenuto conto che occorre porre mano alla riorganizzazione del sistema sanitario regionale, nella prospettiva di evitare il sopraggiungere di nuove condizioni di inefficienza. Pur riconoscendo poi la necessità di favorire un ricambio del personale, ricorda che in passato troppo spesso si è fatto ricorso ad assunzioni per motivazioni non connesse a reali bisogni del sistema, determinando conseguenze negative in seguito ad esuberi.

Si associa infine alle preoccupazioni espresse dal senatore Fosson, riconoscendo l'importanza di affrontare al più presto il tema dei pazienti affetti da maculopatia progressiva.

Il **PRESIDENTE**, alla luce degli orientamenti espressi nella seduta antimeridiana, propone di procedere all'illustrazione di alcuni, limitati emendamenti presentati, in primo luogo, dai relatori al fine di recepire la condivisione di tutti i Gruppi su alcune tematiche ritenute di particolare importanza.

In seguito si potranno illustrare gli altri emendamenti presentati, circa duecento, che in gran parte ricalcano le questioni contenute nelle proposte emendative dei relatori, fermo restando che per la votazione occorrerà attendere il parere della 5^a Commissione e delle altre Commissioni coinvolte.

Su tale proposta interviene il senatore **COSENTINO**(PD), il quale non concorda con l'ipotesi del Presidente, tenuto conto che non vi sono margini per una modifica del testo e dunque il tentativo di sintesi compiuto dai relatori non avrà nessun esito concreto. Reputa perciò preferibile procedere secondo il metodo usuale di illustrazione dei singoli emendamenti.

La senatrice **PORETTI** (PD) ritiene che il lavoro dei relatori avrebbe potuto avere un significato particolare nell'ipotesi di un accordo volto a modificare il provvedimento. Poiché il Ministro ha invece negato la praticabilità di una terza lettura, sollecita il Presidente a procedere nell'illustrazione di tutti gli emendamenti, nell'ordine consueto, onde evitare di creare diversificazioni tra le proposte emendative, che costituirebbe a suo avviso un *vulnus* nell'organizzazione dei lavori.

La senatrice **BOLDI** (*LNP*) suggerisce di chiedere a ciascun Gruppo l'individuazione di proposte emendative in un certo senso qualificate e di ritirare le restanti, al fine di concentrare l'esame su un numero minore di emendamenti giudicati di rilievo.

Il senatore **ASTORE** (*Misto-ParDem*) si dichiara offeso sul piano del metodo e del rapporto politico in quanto non è stato coinvolto nella mediazione compiuta dai relatori per individuare proposte emendative condivise. Nel ricordare i termini dell'intesa raggiunta questa mattina circa la possibilità di esaminare argomenti che avrebbero potuto costituire modifiche al testo in esame o, in seconda battuta, provvedimenti autonomi, stigmatizza con forza il metodo fin qui seguito.

Il senatore **RIZZI** (*LNP*) tiene a precisare a sua volta che il Gruppo della Lega Nord non è stato interpellato dai relatori per verificare una possibile convergenza su alcuni emendamenti, che dunque non possono essere ritenuti unanimemente condivisi. Si associa perciò alla richiesta della senatrice Poretti di procedere all'illustrazione di tutte le proposte emendative senza alcuna distinzione in base ai firmatari.

Il relatore **BOSONE** (*PD*) fa presente preliminarmente che i relatori hanno agito sulla base di orientamenti emersi in Commissione, in un quadro alquanto dinamico, nel quale si era prospettata inizialmente la possibilità di emendare il testo. In questa ottica si è cercato di individuare argomenti condivisi senza tuttavia ampliare eccessivamente l'ambito di intervento onde circoscrivere l'eventuale terza lettura da parte della Camera dei deputati. Le tematiche in questione sono il rischio clinico, l'assicurazione del personale sanitario, la disciplina della dirigenza del Ministero della salute e l'inserimento nei LEA dell'epidurale. Sottolinea dunque che tali proposte rappresentavano un nucleo minimo di azione che tuttavia ora si scontra con l'impossibilità di un nuovo esame da parte dell'altro ramo del Parlamento.

La senatrice **BUGNANO** (*IdV*) puntualizza che il Gruppo dell'Italia dei Valori non è stato coinvolto in questa opera di individuazione delle priorità emendative, benché sostenga con forza, ad esempio, il tema del parto indolore.

Al fine di evitare equivoci politici, la senatrice **BASSOLI** (*PD*) reputa prioritario fare chiarezza sull'azione svolta dai relatori, i quali si sono limitati a elaborare emendamenti da sottoporre alla Commissione, sintetizzando i temi maggiormente sostenuti dagli schieramenti. Afferma pertanto che la condivisione dei Gruppi si sarebbe dovuta verificare concretamente in Commissione, atteso che non vi è stato nessun accordo a monte tra alcune forze politiche a scapito di altre.

Il **PRESIDENTE** conferma la ricostruzione della senatrice Bassoli, sottolineando che gli emendamenti dei relatori hanno rappresentato un tentativo di convogliare il consenso su specifici temi in vista di una modifica del testo. Precisa peraltro di aver proposto esclusivamente una priorità nell'illustrazione di tali emendamenti, nel pieno rispetto delle prerogative presidenziali, senza alcuna forzatura al Regolamento. Preso atto dell'orientamento generale contrario alla sua proposta e tenuto conto dell'imminente inizio dell'Assemblea, rinvia dunque a domani l'illustrazione degli emendamenti.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.