

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

##### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla programmazione dei lavori della Commissione ..... 265

##### SEDE CONSULTIVA:

Disposizioni per favorire la ricerca delle persone scomparse. Nuovo testo C. 4568, approvata in un testo unificato dalla 1<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato e abb. (Parere alla I Commissione) (*Esame e rinvio*) ..... 267

DL 74/2012: Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici che hanno interessato il territorio delle province di Bologna, Modena, Ferrara, Mantova, Reggio Emilia e Rovigo, il 20 e il 29 maggio 2012. C. 5263 Governo (Parere alla VIII Commissione) (*Esame e rinvio*) ..... 268

##### RELAZIONI AL PARLAMENTO:

Relazione, relativa all'anno 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Doc. CCXXXVIII, n. 2 (*Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 124, comma 2, del regolamento e conclusione – Approvazione della risoluzione n. 8-00184*) ..... 270

ALLEGATO 1 (*Proposta di risoluzione presentata dal Relatore*) ..... 276

ALLEGATO 2 (*Testo della risoluzione approvata dalla Commissione*) ..... 278

##### INTERROGAZIONI:

5-06543 Farina Coscioni: Arresto del professor Mario Dini, primario di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'ospedale Careggi (FI) ..... 273

ALLEGATO 3 (*Testo della risposta*) ..... 280

5-05917 Mancuso: Iniziative normative per regolare la spedizione di animali e la gestione dei canili municipali ..... 273

ALLEGATO 4 (*Testo della risposta*) ..... 281

5-06480 Iannuzzi: Adozione di misure per la costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria di Salerno ..... 274

ALLEGATO 5 (*Testo della risposta*) ..... 282

5-06823 Mancuso: Promozione della ricerca sui nuovi metodi di cura delle epatiti ..... 274

ALLEGATO 6 (*Testo della risposta*) ..... 284

5-06423 Mattesini: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione ..... 275

ALLEGATO 7 (*Testo della risposta*) ..... 285

##### COMITATO RISTRETTO:

Modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private. C. 4269 D'Anna.

Audizione informale di rappresentanti delle organizzazioni sindacali: Federazione CISL medici, FPCGIL medici e UIL FPL medici ..... 275

AVVERTENZA ..... 275

**COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**

*Martedì 3 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 13.****Sulla programmazione dei lavori della Commissione.**

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, comunica che, a seguito della riunione del 27 giugno 2012 dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, è stato predisposto il seguente programma dei lavori della Commissione:

**PROGRAMMA DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE PER IL PERIODO LUGLIO-SETTEMBRE 2012**

*LUGLIO**Sede referente:*

seguito dei provvedimenti già iniziati:

Disposizioni in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo (C. 1172 Santelli e Ceccacci Rubino, C. 1319 Tortoli, C. 1236 Mancuso, C. 1370 Alesandri, C. 2359 Anna Teresa Formisano e Drago, C. 586 Compagnon, C. 1565 Mancuso, C. 1589 Livia Turco e Viola, C. 2343 Farinone, C. 2405 Minardo, C. 2665 Manucci, C. 2659 Nizzi e C. 4717 Savino);

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare (C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago);

Disposizioni per consentire l'impianto degli embrioni abbandonati giacenti presso i centri italiani di procreazione medicalmente assistita (C. 2058 Palagiano, C. 4308 Farina Coscioni, C. 4800 Boccardo e C. 4831 Laura Molteni);

Modifica dell'articolo 157 del decreto legislativo n. 219/2006, in materia di raccolta di medicinali inutilizzati o scaduti, e altre disposizioni concernenti la donazione

di medicinali e la loro utilizzazione e distribuzione da parte di organizzazioni senza fini di lucro (C. 4771 Di Virgilio);

Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati (C. 3303 Lucà e C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte);

Norme per il riconoscimento della guarigione e per la piena cittadinanza e l'integrazione sociale delle persone affette da epilessia (C. 2060 Saltamartini e C. 4753 Nunzio Francesco Testa);

Modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private (C. 4269 D'Anna);

Istituzione e disciplina dell'indagine farmacogenetica (C. 4083 Laura Molteni);

Norme per il riconoscimento della sindrome post polio come malattia cronica e invalidante (C. 3367 Codurelli e C. 5183 Patarino e Barani);

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica (C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi e Carlucci, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri);

Disposizioni per la promozione della piena partecipazione delle persone sorde alla vita collettiva e riconoscimento della lingua dei segni italiana (C. 4207 approvato, in un testo unificato, dalla 1<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, C. 286 Sereni, C. 351 De Poli, C. 941 D'Ippolito Vitale, C. 1088 Romano, C. 2342 Lorenzin, C. 2528 Rampelli, C. 2734 Carlucci e C. 3490 Miglioli);

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale (C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci, C. 4046 Binetti, C. 4090 Pedoto e C. 4158 Miotto);

Riconoscimento e disciplina della chiropratica come professione sanitaria primaria e istituzione dell'albo professione dei chiropratici (C. 1287 Di Centa);

Istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei pazienti cerebrolesivi cronici (C. 412 Di Virgilio e C. 1992 Binetti);

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato (C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo);

Disposizioni in materia di raccolta e utilizzo del sangue cordonale (C. 361 Volontè, C. 548 Bertolini, C. 961 Colucci e C. 1214 Di Virgilio e C. 2040 Mosella, c. 2859 Farina Coscioni, C. 3691 Pedoto e C. 2741 Cosenza);

Disposizioni concernenti l'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti (C. 126 Bocciardo, C. 1414 De Angelis, C. 1716 Laura Molteni e C. 2125 Cosenza);

Disposizioni per l'incremento dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili (C. 1539 d'iniziativa popolare, C. 1612 Zazzera e C. 2119 Fugatti).

*Sede referente (Commissioni riunite):*

Disposizioni sulle associazioni di tutela delle persone disabili (C. 1732 Porcu C. 3224 Pedoto) (Comm. riunite XI e XII).

Provvedimenti nuovi:

Disposizioni concernenti l'etichettatura dei farmaci contenenti gliadina e l'indicazione della presenza di lattosio, a tutela delle persone affette dal morbo celiaco (C. 4894 Palagiano).

Interrogazioni, *question-time* e risoluzioni:

### AGOSTO

Sede referente:

seguito dei provvedimenti già iniziati.

Interrogazioni, *question-time* e risoluzioni.

### SETTEMBRE

*Sede referente:*

seguito dei provvedimenti già iniziati.

Provvedimenti nuovi:

Istituzione di un assegno di solidarietà in favore delle famiglie monoparentali in condizioni di disagio economico (C. 4302 Bucchino).

Interrogazioni, *question-time* e risoluzioni.

Saranno inoltre iscritti all'ordine del giorno: i progetti di legge assegnati in sede consultiva, gli atti del Governo sui quali la Commissione sia chiamata ad esprimere un parere; i disegni di legge di conversione dei decreti legge; i provvedimenti trasmessi dal Senato.

Gli orari complessivi da dedicare ai lavori della Commissione nelle singole giornate saranno definiti alla luce dei tempi effettivamente disponibili in base alla programmazione dei lavori dell'Assemblea per il periodo considerato.

La Commissione prende atto.

**La seduta termina alle 13.05.**

### SEDE CONSULTIVA

*Martedì 3 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 13.05.**

**Disposizioni per favorire la ricerca delle persone scomparse.**

**Nuovo testo C. 4568, approvata in un testo unificato dalla 1ª Commissione permanente del Senato e abb.** (Parere alla I Commissione).

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Mariella BOCCIARDO (PdL), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alla I Commissione (Affari costituzionali) il prescritto parere sulle parti di competenza del nuovo testo della proposta di legge n. 4568, recante disposizioni per favorire la ricerca delle persone scomparse e istituzione del Fondo di solidarietà per i familiari delle persone scomparse.

Ricorda altresì che il 9 novembre 2011 la Commissione aveva già espresso parere favorevole sul precedente testo della suddetta proposta di legge – già approvata in sede deliberante al Senato –, che è stato recentemente modificato a seguito del parere contrario espresso dalla II Commissione (Giustizia).

Il nuovo testo è costituito da un articolo unico suddiviso in sette commi; il testo precedente conteneva un comma in più.

Fa presente che la prima novità concerne il comma 1: mentre nella versione precedente si prevedeva l'obbligo di denuncia per chiunque venga a conoscenza dell'allontanamento di una persona ove sussistano elementi per ritenere che dalla scomparsa possa derivare un pericolo per l'incolumità della persona medesima, tale obbligo è stato trasformato in facoltà, al fine di superare l'indeterminatezza della disposizione, evidenziata nel richiamato parere della Commissione Giustizia.

Inoltre, sempre in accoglimento di un'obiezione formulata dalla II Commissione, viene soppresso il comma 6, che configurava la violazione dell'obbligo di denuncia, in caso di inosservanza senza giustificato motivo da parte di persone diverse dai congiunti, come un illecito amministrativo.

Rileva poi che, per quanto concerne specificamente la competenza della nostra Commissione, l'unica norma rilevante resta quella del comma 4, anch'esso oggetto di modifiche. Innanzitutto, si prevede che l'avvio delle ricerche sia comunicato solo al prefetto e non più anche al commissario straordinario; sarà il prefetto a coinvolgere il commissario straordinario. Permane nel testo il riferimento ai soggetti di cui il prefetto può avvalersi nell'intraprendere le opportune iniziative, tra i quali figurano le associazioni del volontariato sociale ed altri enti, anche privati, attivi nel territorio.

Osserva quindi che l'eventuale coinvolgimento degli organi di informazione, comprese le strutture specializzate, televisive e radiofoniche, con una esperienza consolidata nella ricerca delle persone scomparse, è rimesso alla valutazione del prefetto, sentiti l'autorità giudiziaria e i familiari della persona scomparsa.

Fa presente, infine, che viene soppressa la disposizione per cui le informazioni in possesso di ciascuno degli uffici pubblici e degli enti privati dovevano essere trasmesse senza indugio anche alla banca dati nazionale del DNA, istituita dalla legge n. 85 del 2009, con la quale l'Italia ha aderito al Trattato di Prum, sottoscritto nel 2005 tra alcuni Paesi dell'Unione Europea con l'obiettivo di rafforzare la cooperazione transfrontaliera creando schedari nazionali di analisi del DNA e individuando modalità di scambio di tali informazioni.

Come già evidenziato nella precedente relazione svolta su questo provvedimento, considera positivo il fatto che nel testo sia previsto espressamente il contributo delle associazioni di volontariato e di altri enti privati attivi sul territorio nella ricerca delle persone scomparse, nonché il ruolo delle strutture informative televisive e radiofoniche.

Per questa ragione, conferma il precedente parere favorevole nonostante ritenga che il provvedimento risulti complessivamente indebolito rispetto alla versione precedente. Tuttavia, ritiene necessario che diventi legge in tempi rapidi, conside-

rato che il relativo *iter* è iniziato presso il Senato ben quattro anni fa e che alla Camera esso è ampiamente condiviso presso la Commissione di merito, come dimostra la quasi totale assenza di emendamenti presentati in riferimento sia al nuovo sia al precedente testo.

A sostegno della necessità di approvare in tempi rapidi questa legge, rileva che il fenomeno delle persone scomparse si fa sempre più grave e preoccupante, come dimostrano i recenti fatti di cronaca. Dai dati disponibili risulta infatti che nel 2011 il fenomeno delle persone scomparse è cresciuto del 9,7 per cento rispetto all'anno precedente. Ad oggi sono 24.912 i soggetti di cui si sono perse le tracce; i minorenni scomparsi sono 10.319. Le denunce sono lievitate a novemila all'anno, con una media di 25 al giorno.

Anna Margherita MIOTTO (PD), condividendo le considerazioni svolte dal relatore, preannuncia l'intenzione di ribadire, anche da parte del gruppo che rappresenta, il parere favorevole nei confronti del nuovo testo della proposta di legge n. 4568.

Fa notare tuttavia come non vi fossero ragioni valide per eliminare dal testo la disposizione che prevedeva la trasmissione senza indugio delle informazioni in possesso di ciascuno degli uffici pubblici e degli enti privati anche alla banca dati nazionale del DNA istituita dalla legge n. 85 del 2009, ciò che, a suo avviso, avrebbe reso ancora più incisivo l'intento di favorire la ricerca delle persone scomparse.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), concordando con le argomentazioni espresse dal relatore, condivide la proposta di esprimere parere favorevole anche sul nuovo testo della proposta di legge in oggetto.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**DL 74/2012: Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici che hanno interessato il territorio delle province di Bologna, Modena, Ferrara, Mantova, Reggio Emilia e Rovigo, il 20 e il 29 maggio 2012.**

**C. 5263 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Donata LENZI (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alla VIII Commissione (Ambiente, territorio e lavori pubblici) il prescritto parere sulle parti di competenza del disegno di legge n. 5263, di conversione in legge del decreto-legge n. 74 del 2012, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dal sisma che ha interessato i territori di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto.

Fa presente che il decreto in oggetto si compone di 21 articoli suddivisi in tre capi, concernenti rispettivamente interventi immediati per il superamento dell'emergenza, interventi per la ripresa economica e misure urgenti in materia di rifiuti e ambiente.

Per quanto riguarda specificamente la competenza della XII Commissione, osserva che la disposizione più rilevante è quella di cui al comma 3 dell'articolo 4, che prevede alcuni interventi per accelerare la ricostruzione e il consolidamento delle strutture sanitarie danneggiate nelle regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. In particolare, si prevede che possa essere riconosciuta a tali regioni la priorità per la stipula di un nuovo Accordo di programma di edilizia sanitaria – ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 – al fine di ricostruire, con riduzione del rischio sismico, le strutture sanitarie regionali, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Alle stesse regioni, previo parere del Ministero della salute, è consentito altresì di rimodulare le risorse già assegnate negli Accordi di programma vigenti, per consolidare e ripristinare le strutture danneggiate.

Per quanto concerne la rimodulazione delle risorse già assegnate negli Accordi di programma vigenti, rileva che al 31 marzo 2012 dei finanziamenti messi a disposizione, la Lombardia ha utilizzato il 100 per cento per complessivi 176 interventi, il Veneto ha utilizzato il 95,8 per cento per complessivi 210 interventi e infine l'Emilia Romagna ha utilizzato il 100 per cento per complessivi 194 interventi.

Fa presente altresì che l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. L'importo del programma di edilizia sanitaria è stato fissato da ultimo dal comma 69 dell'articolo 2 della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria 2010), in conseguenza dell'Intesa Stato-regioni avente per oggetto il Patto della salute 2010-2012. Il livello è attualmente pari a 24 miliardi di euro, di cui 23 miliardi di euro ripartiti fra le regioni, con delibere CIPE.

Fa notare, quindi, che il finanziamento dell'edilizia sanitaria si articola in un livello programmatico dell'intervento complessivo, in cui sono definite le quote spettanti ad ogni regione, ed in un finanziamento progressivo dell'intervento, corrispondente al triennio di riferimento stabilito in sede di legge finanziaria/legge di stabilità. Sotto il profilo del procedimento, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, e la regione interessata, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, sottoscrivono un Accordo di programma, che definisce gli interventi da effettuare e il relativo livello di finanziamento delle opere a carico dello Stato e a carico della regione, come disposto dall'articolo 5-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992. Pertanto, è soltanto nell'ambito delle complessive risorse finanziarie iscritte nel bilancio statale pluriennale che si procede alla sottoscrizione degli Accordi di programma. Successivamente alla sottoscrizione degli Accordi vengono progressivamente ammessi a fi-

nanziamento i singoli interventi in cui l'Accordo si articola, su richiesta regionale e previa verifica della relativa appaltabilità. In tale procedura è stato introdotto un ulteriore passaggio per razionalizzare l'utilizzo delle risorse iscritte in bilancio (articolo 1, commi 310-312 della legge n. 266 del 2005 – finanziaria 2006), che prevede la risoluzione degli accordi di programma per quella parte di interventi che registrano ritardi nell'attivazione. Le revoche rendono disponibili risorse di bilancio che possono essere utilizzate per la sottoscrizione di ulteriori accordi con la stessa o con regioni diverse.

Osserva, inoltre, che un'altra disposizione rilevante per le competenze della Commissione è quella dell'articolo 17, finalizzato, secondo quanto sottolineato dalla relazione illustrativa, ad attuare l'accelerazione e la semplificazione delle procedure di raccolta, trasporto e smaltimento dei materiali derivanti dal crollo degli edifici pubblici e privati, nonché di quelli provenienti dalle attività di demolizione degli edifici danneggiati, al duplice fine di: garantire la tempestiva ripresa dell'agibilità dei territori colpiti dal sisma; assicurare la continuità delle attività di smaltimento dei rifiuti urbani, evitando emergenze ambientali ed igienico-sanitarie nei territori interessati dal terremoto.

In particolare, il comma 2 dell'articolo 17 disciplina la fase della bonifica, prevedendo che le ditte autorizzate, prima di asportare e smaltire correttamente tutto il materiale, devono provvedere alla presentazione all'organo di vigilanza competente per territorio idoneo piano di lavoro ai sensi dell'articolo 256 del decreto legislativo n. 81 del 2008. Viene altresì stabilito che il citato piano venga presentato al Dipartimento di Sanità pubblica dell'ASL competente, che entro 24 ore lo valuta.

Il comma 16 dell'articolo 17 affida alle AUSL la vigilanza per gli aspetti connessi alla sicurezza dei lavoratori. Al riguardo si fa presente che la normativa vigente già prevede che la funzione di vigilanza spetti alle ASL.

Ricorda in proposito che il decreto legislativo n. 81 del 2008 riconosce (all'ar-

articolo 13, comma 1) come organo prioritario di vigilanza, con ciò ribadendo quanto contenuto nella legge n. 833 del 1978, l'ASL competente per territorio, attraverso il Servizio di prevenzione e sicurezza per gli ambienti di lavoro.

Fa presente, quindi, che i Dipartimenti di prevenzione, istituiti in ogni ASL, hanno la funzione di tutela e promozione della salute e miglioramento della qualità della vita di cittadini e lavoratori. A tal fine le ASL si avvalgono di personale ispettivo nello specifico di medici del lavoro, ispettori e tecnici della prevenzione. Più in generale, le attività di competenza delle ASL per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro sono riassumibili nelle seguenti attività: individuazione di eventuali fattori di pericolosità e indicazioni sulle misure da attuare per eliminare i fattori di rischio; indagini sull'igiene; controllo delle norme antinfortunistiche; realizzazione delle c.d. mappe di rischio; visite mediche per categorie di lavoratori sottoposti a particolari rischi; indagini conseguenti a inchieste della magistratura su infortuni sul lavoro.

Si riserva, in conclusione, di formulare una proposta di parere alla luce delle considerazioni svolte e di quelle che emergeranno nel corso del dibattito, nonché delle modifiche che saranno eventualmente apportate al testo del decreto-legge dalla Commissione di merito.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 13.20.**

#### RELAZIONI AL PARLAMENTO

Martedì 3 luglio 2012. — Presidenza del Presidente Giuseppe PALUMBO.

**La seduta comincia alle 13.20.**

**Relazione, relativa all'anno 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.**

**Doc. CCXXXVIII, n. 2.**

*(Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 124, comma 2, del regolamento e conclusione – Approvazione della risoluzione n. 8-00184).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, il 30 maggio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, comunica di aver predisposto, alla luce della relazione svolta e delle considerazioni emerse nel corso del successivo dibattito al quale hanno preso parte diversi colleghi, una proposta di risoluzione, che procede ad illustrare (*vedi allegato 1*).

Umberto SCAPAGNINI (PdL), condividendo la proposta di risoluzione formulata dal presidente Palumbo in quanto recepisce le varie istanze che sono emerse nel corso dell'ampio dibattito svoltosi presso la Commissione, evidenzia, sulla base di un'esperienza personale che lo ha visto suo malgrado protagonista, l'impossibilità di accedere agli *hospice* che ancora permane in diverse regioni. Ribadisce, dunque, la necessità di dare completa attuazione alla legge n. n. 38 del 2010, rilevando che altrimenti si rischia di compiere il massimo sforzo per approvare delle buone leggi che tuttavia poi non vengono concretamente applicate.

Anna Margherita MIOTTO (PD), dopo aver dato atto al presidente Palumbo di aver predisposto un testo che realizza una sorta di sintesi delle varie sollecitazioni avanzate nell'ambito del dibattito, fa presente tuttavia che, nella parte della proposta di risoluzione contenente gli impegni rivolti al Governo, dovrebbe essere reso più incisivo il contenuto della lettera *d*), concernente l'impegno a favorire la formazione specifica dei medici e del personale sanitario che svolgono la propria attività nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e in particolare

delle figure professionali che operano nel settore delle cure palliative rivolte all'età pediatrica. A suo avviso, dovrebbe essere inserito un esplicito riferimento all'articolo 5, comma 2 – sull'individuazione delle figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore – e all'articolo 8 – contenente disposizioni circa la formazione e l'aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore – della legge n. 38 del 2010.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), con riferimento all'esperienza riportata dall'onorevole Scapagnini, osserva che se il collega non è riuscito ad accedere agli *hospice*, a maggior ragione ciò sarà impossibile per i cittadini comuni.

Partendo da questo presupposto, il Governo dovrebbe impegnarsi, a suo avviso, a garantire il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore a tutti i cittadini che ne hanno bisogno.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), condividendo il contenuto della proposta di risoluzione presentata, ritiene tuttavia che dovrebbe essere evidenziata in maniera ancora più netta l'esigenza di favorire la diffusione delle terapie contro il dolore con riferimento all'età pediatrica. In questo senso, a suo avviso, dovrebbe essere richiesta la collaborazione delle università, in quanto si tratta di un'esigenza strettamente connessa alla formazione del personale medico.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, fa presente all'onorevole Di Virgilio che l'interlocutore della proposta di risoluzione in esame è il ministro della salute, con riferimento al contenuto della relazione per l'anno 2011 concernente lo stato di attuazione della legge n. 38 del 2010, da questi trasmessa. Pertanto, eventuali richieste che riguardano propriamente la sfera di competenza del ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca non potranno che essere veicolate per il tramite del ministro della salute stesso.

Lucio BARANI (PdL) osserva che, anche con riferimento all'attuazione delle cure palliative e della terapia del dolore, si evince quanto la riforma del titolo V sia stata un errore, dovendo le funzioni in materia di tutela della salute tornare, a suo avviso, ad essere ricomprese nella sfera di competenza del ministro della salute.

A questo proposito, rileva come, per quanto concerne lo sviluppo delle reti regionali e locali di cure palliative, si registri una forte disomogeneità non solo tra diverse regioni ma anche all'interno di una stessa regione, essendovi delle aziende sanitarie locali che erogano determinate prestazioni e altre che, invece, non lo fanno.

Francesca MARTINI (LNP), dichiarando di essere favorevole al testo della proposta di risoluzione presentata, fa tuttavia notare come essa sia, da un certo punto di vista, anacronistica. Infatti, fino a qualche mese fa era in carica un Governo che ha profuso un forte impegno sul tema dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Nei fatti, purtroppo, la legge n. 38 del 2010 non è stata attuata nonostante si preveda che l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato sia tutelato e garantito nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

A suo avviso, il problema della mancata attuazione della legge non è da riconnettere tanto alla riforma del titolo V della Costituzione quanto, invece, alla responsabilità delle singole regioni che non investono adeguatamente i fondi loro erogati, nei confronti delle quali si dovrebbe agire attraverso veri e propri commissariamenti.

Paola BINETTI (UdCpTP), dopo aver espresso il proprio favore per la proposta di risoluzione presentata, invita il relatore a rivedere un punto delle premesse, concernente il « Progetto Bambino ».

A suo avviso, infatti, il solo riferimento alla realizzazione di una rete di cure palliative da erogare ai bambini rischia di

essere fuorviante in quanto sembra limitare il predetto progetto al settore oncologico. Ritiene preferibile, pertanto, aggiungere un riferimento esplicito anche alle terapie contro il dolore tra gli obiettivi verso cui è finalizzato il richiamato progetto.

Laura MOLTENI (LNP), rilevato che legge n. 38 del 2010 tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, evidenzia come tutte le regioni debbano farsi carico dell'obbligo di erogare le necessarie prestazioni ai cittadini bisognosi. Occorre, pertanto, verificare l'impiego effettivo dei fondi finalizzati allo sviluppo delle reti di cure palliative da parte delle regioni.

Con riferimento alle considerazioni formulate dall'onorevole Barani fa notare come, a suo avviso, il problema non sia affatto costituito dall'avvenuta riforma del titolo V della Costituzione quanto piuttosto dalle concrete modalità di gestione della spesa sanitaria in termini di appropriatezza della spesa. A questo proposito, rileva che vi sono delle regioni nelle quali i fondi pubblici legati alla spesa sanitaria non sono gestiti in modo corretto, tant'è che si registrano disavanzi che si sono consolidati negli anni per parecchi milioni di euro.

Per tali ragioni, ritiene che sarebbe opportuno rafforzare ulteriormente, nel testo della proposta di risoluzione, il contenuto della lettera *f*), laddove si impegna il Governo a monitorare l'effettivo impiego, da parte delle regioni, dei fondi stanziati allo scopo di creare strutture finalizzate all'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore.

Donata LENZI (PD), condividendo la proposta di risoluzione del presidente Palumbo, fa notare, richiamando l'intervento dell'onorevole Barani, che l'unificazione del territorio nazionale in materia sanitaria si è realizzata non per quanto riguarda i percorsi e le modalità di erogazione delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie bensì con riferimento al solo profilo finanziario.

Ritiene che un sistema siffatto non potrà reggere a lungo. Evidenzia altresì come anche dalla testimonianza dell'onorevole Scapagnini sia emerso che il vero problema riguarda il percorso da seguire, in quanto non si può pensare di porre in capo al paziente l'onere di trovare una risposta giusta alla sua patologia.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, richiama i colleghi sull'opportunità di esprimersi sul merito della proposta di risoluzione presentata, evitando di soffermarsi in questa sede su problematiche che riguardano il Sistema sanitario nazionale nel suo complesso.

Daniela SBROLLINI (PD), con riferimento alla non completa attuazione della legge n. 38 del 2010, richiama alcuni punti particolarmente critici, quali l'informazione dei cittadini sul loro diritto di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, da un lato, e la formazione del personale medico e sanitario dall'altro, soprattutto per quanto riguarda i reparti di pediatria.

Rileva, quindi, l'esigenza di attuare le previsioni contenute nella richiamata legge, ciò che appare assai problematico in una fase in cui si compiono tagli in materia sanitaria, comprese le prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza.

Delia MURER (PD), intervenendo sull'ordine dei lavori, sottopone ai colleghi la gravità della situazione per quanto riguarda la violenza nei confronti delle donne, alla luce degli ultimi episodi di cronaca. Chiede, dunque, al presidente Palumbo di poter audire il ministro Fornero o il sottosegretario Guerra circa le iniziative che il Governo intende adottare per dare attuazione alla risoluzione approvata dalla Commissione lo scorso 6 giugno, concernente iniziative a tutela delle donne vittime di violenza.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, replica alla sollecitazione rivolta alla Commissione dall'onorevole Murer assicu-

rando il proprio impegno nel senso di rivolgere ai rappresentanti del Governo competenti la richiesta di riferire in ordine alla grave situazione relativa alla violenza verso le donne.

All'esito del dibattito svoltosi sulla proposta di risoluzione presentata, ritiene di poter accogliere i suggerimenti formulati rispettivamente dall'onorevole Miotto, relativo all'impegno di cui alla lettera *d*), e dall'onorevole Binetti, finalizzato quest'ultimo a specificare meglio, nella parte premissiva, gli obiettivi del « Progetto Bambino ».

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, con riferimento alla proposta di risoluzione presentata dal presidente Palumbo, come da ultimo riformulata, dichiara di condividerne sia lo spirito che la forma.

In particolare, assicura l'impegno del Governo a favorire, per gli aspetti di competenza del Ministero della salute, la formazione specifica dei medici e del personale sanitario che svolgono la propria attività nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche attraverso miglioramenti da apportare nell'ambito delle scuole di specializzazione, nonché a monitorare l'effettivo impiego, da parte delle regioni, dei fondi stanziati allo scopo di creare strutture finalizzate all'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore.

Inoltre, per quanto riguarda il problema, evidenziato nel testo della proposta medesima nonché in alcuni interventi, della mancanza di omogeneità sul territorio nazionale circa lo sviluppo delle strutture finalizzate all'erogazione delle cure palliative e della terapia del dolore, preannuncia il proprio impegno a rappresentare tale problema nell'ambito di una delle prossime riunioni della Conferenza Stato-regioni.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la risoluzione presentata dal relatore, come da ultimo riformulata, che assume il numero 8-00184 (*vedi allegato 2*).

**La seduta termina alle 13.55.**

## INTERROGAZIONI

*Martedì 3 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.*

**La seduta comincia alle 13.55.**

**5-06543 Farina Coscioni: Arresto del professor Mario Dini, primario di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'ospedale Careggi (FI).**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta per le delucidazioni ricevute in merito alla vicenda oggetto dell'interrogazione presentata, auspicando peraltro che situazioni come quella segnalata non si ripetano.

**5-05917 Mancuso: Iniziative normative per regolare la spedizione di animali e la gestione dei canili municipali.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, ringrazia il sottosegretario per la risposta della quale si dichiara soddisfatto, anche perché nella stessa si richiama l'iter delle proposte di legge per la revisione della legge n. 281, che si trovano in fase avanzata di esame presso la Camera dei deputati. A tale proposito, auspica che la V Commissione Bilancio, che ha richiesto la relazione tecnica, possa quanto prima procedere all'espressione del parere.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, intervenendo per una precisazione, sottolinea di tenere molto a questa pro-

blematica tanto da aver partecipato ad una delegazione che si è recata lo scorso *week-end* a Lampedusa, dove insiste un elevatissimo numero di randagi, per promuovere, anche con il supporto di importanti personaggi dello spettacolo, alcune campagne informative per scongiurare il fenomeno del randagismo e dell'abbandono estivo degli animali.

**5-06480 Iannuzzi: Adozione di misure per la costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria di Salerno.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Tino IANNUZZI (PD), replicando, ringrazia il governo per l'articolata risposta, della quale si dichiara tuttavia insoddisfatto. Il completamento del processo organizzativo e strutturale per la costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria « San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona-Scuola medica salernitana » è un atto dovuto, considerando che la facoltà di medicina dell'università di Salerno da anni svolge le sue qualificate attività didattiche ed assistenziali con il pieno riconoscimento, la partecipazione e l'assenso di tutte le istituzioni pubbliche competenti. Ed infatti, dal 2006 in poi fino ad oggi, si sono svolte regolarmente tutte le attività didattiche, assistenziali e di approfondimento clinico dei sei anni del corso di laurea; e tali attività, a partire dal terzo anno del corso, si sono svolte presso le strutture dell'ospedale di Salerno San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. La regione Campania ha stanziato specifiche risorse proprio per consentire ai docenti medici dell'ateneo di tenere le loro attività assistenziali presso l'ospedale. Dell'importanza della facoltà di medicina salernitana costituisce inequivocabile riprova la circostanza che, tra pochi giorni, concluderanno il corso di laurea i primi iscritti nel 2006 alla facoltà.

Del resto, non sono stati sufficienti più di due anni, visto che il primo protocollo di intesa regione – Università – Azienda

ospedaliera, con la conseguente proposta al Ministero della salute per la costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata risale al 7 gennaio 2010, con successivo adeguamento alle prescrizioni ministeriali fin dal 25 febbraio 2011.

È questa assurda e paradossale situazione che offende il lungo percorso che ha condotto alla nascita della facoltà, nel segno della volontà comune dell'ateneo, dei governi regionali e nazionali che si sono succeduti e delle altre istituzioni locali.

Occorre pertanto scindere le diverse questioni amministrative e burocratiche, ricordate anche dal sottosegretario, per adottare subito il DPCM necessario per la costituzione della suddetta azienda, a suo avviso atto dovuto ed urgente. Ricorda, in tal senso, che l'università di Salerno ha già giustamente notificato un atto di diffida ai Ministeri competenti e alla regione ai fini dell'adozione di tale DPCM.

Rileva quindi che la regione Campania avrebbe già dovuto assumere e deve assumere ora una iniziativa concreta e risolutiva per risolvere ogni problema nel rapporto con il Governo, come risulta anche dalla risposta del sottosegretario, dalla quale si evince come da più di due anni vadano avanti rapporti sterili e improduttivi fra la regione e i Ministeri interessati. In tale situazione di stallo tra regione e Ministeri, enorme è il pregiudizio per la facoltà, per gli studenti, per i docenti, per la struttura ospedaliera, per l'intero territorio e la sua comunità.

Per quanto di sua competenza, fa presente, infine, che continuerà ad incalzare il Governo in sede parlamentare per conseguire il giusto obiettivo della costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata.

**5-06823 Mancuso: Promozione della ricerca sui nuovi metodi di cura delle epatiti.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta esau-

stiva e puntuale del sottosegretario ed auspica che l'AIFA, nella prima riunione utile successiva al perfezionamento delle nuove nomine dei membri delle due commissioni, possa completare la procedura per la definizione del prezzo e del relativo regime di rimborsabilità dei farmaci antivirali in oggetto.

**5-06423 Mattesini: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 7*).

Donella MATTESINI (PD), replicando, si dichiara solo parzialmente soddisfatta della risposta, dalla quale si evince che le regioni siano le principali responsabili di quanto lamentato nella sua interrogazione, mentre a suo avviso il Governo potrebbe in sede di Conferenza Stato-regioni coordinare e programmare le attività di controllo per una piena applicazione della legge n. 194. Ciò che, infatti, va tutelato con priorità è il diritto della donna, la quale non può venirsi a trovare in situazioni diverse a seconda della regione a cui appartiene.

Osserva, inoltre, che i dati su cui si è basata la sua interrogazione sono tratti dalla relazione sullo stato di attuazione della legge presentata dal Governo lo scorso agosto e dalla quale si evince il progressivo e costante aumento dei medici obiettori di coscienza e la corrispondente riduzione dei non obiettori, gran parte dei quali è prossima alla pensione. Ultima questione che tiene ad evidenziare riguarda la formazione dei medici specializzandi, per la quale la risposta del sottosegretario non è stata così esauriente, avendo il sottosegretario precisato che il Ministero della salute non ha conoscenze per confutare o confermare quanto sostenuto nella sua interrogazione. Chiede pertanto un impegno preciso del Governo su questo aspetto.

Giuseppe PALUMBO (PdL), *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.40.**

#### COMITATO RISTRETTO

*Martedì 3 luglio 2012.*

**Modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private.**

**C. 4269 D'Anna.**

**Audizione informale di rappresentanti delle organizzazioni sindacali: Federazione CISL medici, FPC-GIL medici e UIL FPL medici.**

L'audizione informale è stata svolta dalle 14.40 alle 15.

#### AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

#### SEDE REFERENTE

*Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati.*

*C. 3303 Lucà e C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte.*

*Norme per il riconoscimento della guarigione e per la piena cittadinanza e l'integrazione sociale delle persone affette da epilessia.*

*C. 2060 Saltamartini e C. 4753 Nunzio Francesco Testa.*

#### COMITATO RISTRETTO

*Disposizioni per consentire l'impianto degli embrioni abbandonati giacenti presso i centri italiani di procreazione medicalmente assistita.*

*C. 2058 Palagiano, C. 4308 Farina Coscioni, C. 4800 Bocciardo e C. 4831 Laura Molteni.*

## ALLEGATO 1

**Relazione, relativa all'anno 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Doc. CCXXXVIII, n. 2.**

**PROPOSTA DI RISOLUZIONE PRESENTATA DAL RELATORE**

La XII Commissione Affari sociali,  
premessi che:

ha proceduto, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, all'esame della relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per l'anno 2011, presentata dal Ministro della salute in base al disposto dell'articolo 11 della legge 15 marzo 2010, n. 38;

la predetta relazione è stata oggetto di un dibattito svoltosi presso la medesima Commissione a partire dalla seduta del 18 aprile 2012 nel corso del quale, pur essendo stato espresso un generale apprezzamento per l'impegno profuso in quest'ambito dal Ministero della salute, sono state evidenziate diverse criticità ancora irrisolte ed avanzate altresì alcune soluzioni;

*osservato, nel merito della relazione, che:*

non è stata ancora data piena attuazione a quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, della legge n. 38 del 2010, circa la realizzazione di campagne di comunicazione destinate a informare e a diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative e della terapia del dolore, nonostante gli interventi effettuati in questa direzione, di cui si è dato conto nel capitolo 2 della predetta relazione;

non è stata altresì data completa attuazione all'articolo 5, comma 2, della legge n. 38, nella parte in cui fa riferi-

mento all'adozione di provvedimenti in materia di percorsi formativi dei professionisti operanti nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, nonostante l'avvenuta istituzione di alcuni *master* di vari livelli che, pur se apprezzabile, costituisce tuttavia un primo tassello di un percorso che necessita di essere ulteriormente implementato;

lo sviluppo delle reti regionali e locali di cure palliative costituisce allo stato attuale uno dei principali elementi di criticità: dalla predetta relazione emerge, infatti, un quadro di sviluppo delle reti di cure palliative ancora disomogeneo sul territorio nazionale e, anche laddove si riscontra uno sviluppo importante delle attività di residenzialità in *hospice*, sembrano persistere tuttavia difficoltà nell'organizzazione delle cure palliative domiciliari;

con riferimento all'articolo 6 della legge n. 38 che prevede la realizzazione del progetto «Ospedale-Territorio senza dolore», non sono stati ancora approvati i requisiti dei centri di riferimento di terapia del dolore *hub* (ospedalieri) e *spoke* (territoriali), che costituiscono i nodi fondamentali, accanto agli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG), di un nuovo modello organizzativo di erogazione di terapia del dolore, basato sull'interazione di tutti i nodi della rete;

l'altro progetto considerato di primaria importanza, il «Progetto Bambino», che ha come obiettivo la realizzazione di una rete di cure palliative da erogare ai

bambini, andrebbe maggiormente valorizzato;

ancora incompleto appare il sistema previsto per il monitoraggio della legge n. 38, essendo non ultimata la fase di attivazione del flusso informativo concernente gli *hospice* e non completati anche i dati provenienti dal flusso del « Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza familiare – SIAD »;

con riferimento all'uso effettivo di farmaci per la terapia del dolore, nonostante una crescita del consumo di oppioidi forti pari ad oltre il 24 per cento nell'arco temporale 3° trimestre 2010 – 3° trimestre 2011, assunto come riferimento, l'Italia risulta all'ultimo posto rispetto agli altri Paesi europei;

che di recente si sono resi disponibili nuovi medicinali e nuove molecole entrati a far parte delle terapie farmacologiche a disposizione dei medici per contrastare il dolore severo,

impegna il Governo a:

*a)* adottare tutte le iniziative volte ad attuare le previsioni della legge n. 38 del 2010 in modo tale da considerare l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore tra le priorità del nuovo Patto per la salute;

*b)* intensificare la realizzazione di campagne informative volte a promuovere e a diffondere nell'opinione pubblica la rilevanza delle cure palliative, anche pediatriche, e della terapia del dolore;

*c)* promuovere e valorizzare il ruolo della medicina di base e dei pediatri nell'attuazione della legge n. 38, nonché l'importante contributo offerto dal terzo settore alla presa in carico del paziente e all'assistenza alla sua famiglia;

*d)* favorire, per gli aspetti di competenza del Ministero della salute, la formazione specifica dei medici e del personale sanitario che svolgono la propria attività nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e in particolare delle figure professionali che operano nel settore delle cure palliative rivolte all'età pediatrica;

*e)* per quanto riguarda il cd. « cruscotto informativo », attivarsi al fine di completare i dati provenienti dal flusso del « Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza familiare – SIAD », completando altresì l'attivazione del flusso informativo riguardante gli *hospice*;

*f)* monitorare l'effettivo impiego, da parte delle regioni, dei fondi stanziati allo scopo di creare strutture finalizzate all'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore;

*g)* predisporre misure atte a favorire una maggiore conoscenza tra il personale sanitario della procedura semplificata per la prescrizione degli analgesici oppiacei nella terapia del dolore, anche al fine di promuovere la ricerca e l'uso di nuovi farmaci e di nuove molecole nella terapia del dolore.

## ALLEGATO 2

**Relazione, relativa all'anno 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Doc. CCXXXVIII, n. 2.**

**TESTO DELLA RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione Affari sociali,  
premessi che:

ha proceduto, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, all'esame della relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per l'anno 2011, presentata dal Ministro della salute in base al disposto dell'articolo 11 della legge 15 marzo 2010, n. 38;

la predetta relazione è stata oggetto di un dibattito svoltosi presso la medesima Commissione a partire dalla seduta del 18 aprile 2012 nel corso del quale, pur essendo stato espresso un generale apprezzamento per l'impegno profuso in quest'ambito dal Ministero della salute, sono state evidenziate diverse criticità ancora irrisolte ed avanzate altresì alcune soluzioni;

osservato, nel merito della relazione, che:

non è stata ancora data piena attuazione a quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, della legge n. 38 del 2010, circa la realizzazione di campagne di comunicazione destinate a informare e a diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative e della terapia del dolore, nonostante gli interventi effettuati in questa direzione, di cui si è dato conto nel capitolo 2 della predetta relazione;

non è stata altresì data completa attuazione all'articolo 5, comma 2, della legge n. 38, nella parte in cui fa riferi-

mento all'adozione di provvedimenti in materia di percorsi formativi dei professionisti operanti nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, nonostante l'avvenuta istituzione di alcuni *master* di vari livelli che, pur se apprezzabile, costituisce tuttavia un primo tassello di un percorso che necessita di essere ulteriormente implementato;

lo sviluppo delle reti regionali e locali di cure palliative costituisce allo stato attuale uno dei principali elementi di criticità: dalla predetta relazione emerge, infatti, un quadro di sviluppo delle reti di cure palliative ancora disomogeneo sul territorio nazionale e, anche laddove si riscontra uno sviluppo importante delle attività di residenzialità in *hospice*, sembrano persistere tuttavia difficoltà nell'organizzazione delle cure palliative domiciliari;

con riferimento all'articolo 6 della legge n. 38 che prevede la realizzazione del progetto « Ospedale-Territorio senza dolore », non sono stati ancora approvati i requisiti dei centri di riferimento di terapia del dolore *hub* (ospedalieri) e *spoke* (territoriali), che costituiscono i nodi fondamentali, accanto agli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG), di un nuovo modello organizzativo di erogazione di terapia del dolore, basato sull'interazione di tutti i nodi della rete;

l'altro progetto considerato di primaria importanza, il « Progetto Bambino », che ha come obiettivo la realizzazione di una rete di cure palliative e di terapie

contro il dolore da erogare ai bambini, andrebbe maggiormente valorizzato;

ancora incompleto appare il sistema previsto per il monitoraggio della legge n. 38, essendo non ultimata la fase di attivazione del flusso informativo concernente gli *hospice* e non completati anche i dati provenienti dal flusso del « Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza familiare – SIAD »;

con riferimento all'uso effettivo di farmaci per la terapia del dolore, nonostante una crescita del consumo di oppioidi forti pari ad oltre il 24 per cento nell'arco temporale 3° trimestre 2010 – 3° trimestre 2011, assunto come riferimento, l'Italia risulta all'ultimo posto rispetto agli altri Paesi europei;

che di recente si sono resi disponibili nuovi medicinali e nuove molecole entrati a far parte delle terapie farmacologiche a disposizione dei medici per contrastare il dolore severo,

impegna il Governo a:

a) adottare tutte le iniziative volte ad attuare le previsioni della legge n. 38 del 2010 in modo tale da considerare l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore tra le priorità del nuovo Patto per la salute;

b) intensificare la realizzazione di campagne informative volte a promuovere e a diffondere nell'opinione pubblica la rilevanza delle cure palliative, anche pediatriche, e della terapia del dolore;

c) promuovere e valorizzare il ruolo della medicina di base e dei pediatri nell'attuazione della legge n. 38, nonché

l'importante contributo offerto dal terzo settore alla presa in carico del paziente e all'assistenza alla sua famiglia;

d) favorire, per gli aspetti di competenza del Ministero della salute, la formazione specifica dei medici e del personale sanitario che svolgono la propria attività nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e in particolare delle figure professionali che operano nel settore delle cure palliative rivolte all'età pediatrica, in attuazione di quanto previsto all'articolo 5, comma 2, e all'articolo 8, della legge n. 38 del 2010;

e) per quanto riguarda il cd. « cruscotto informativo », attivarsi al fine di completare i dati provenienti dal flusso del « Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza familiare – SIAD », completando altresì l'attivazione del flusso informativo riguardante gli *hospice*;

f) monitorare l'effettivo impiego, da parte delle regioni, dei fondi stanziati allo scopo di creare strutture finalizzate all'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore;

g) predisporre misure atte a favorire una maggiore conoscenza tra il personale sanitario della procedura semplificata per la prescrizione degli analgesici oppiacei nella terapia del dolore, anche al fine di promuovere la ricerca e l'uso di nuovi farmaci e di nuove molecole nella terapia del dolore.

(8-00184) Palumbo, Miotto, Binetti, Mossella, Patarino, Palagiano, Laura Molteni, Ciccioli, Scapagnini, Sarubbi, Di Virgilio, Livia Turco, Bossa, Martini, D'Incecco, Murer, Sbrozzini, Pedoto, Bocciardo, Barani, Mancuso, Grassi, Polledri.

## ALLEGATO 3

**5-06543 Farina Coscioni: Arresto del professor Mario Dini, primario di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'ospedale Careggi (FI).****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla vicenda segnalata nell'interrogazione parlamentare in esame, la Regione Toscana, per il tramite della Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Firenze, ha comunicato quanto segue.

Durante gli scorsi mesi di marzo e aprile, la Polizia Giudiziaria ha effettuato numerosi accessi presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, al fine di acquisire i documenti ritenuti utili all'accertamento della reale dinamica dei fatti contestati: tali attività di indagine sono ancora in corso.

In merito alla posizione del professore, l'AOU di Careggi ha osservato che il medesimo, già professore associato presso l'Università di Firenze, era inserito nell'organico dei docenti «in afferenza assistenziale», con l'incarico di Direttore della struttura organizzativa dipartimentale di chirurgia plastica. In seguito al provvedimento cautelare (arresti domiciliari) emesso nei suoi confronti dalla Autorità Giudiziaria – per i reati di abuso d'ufficio, falsità ideologica, corruzione, concussione

e peculato – l'Azienda ne ha disposto, in data 29 marzo 2012, la sospensione dall'attività assistenziale.

In data 10 aprile 2012, il GIP ha disposto la modifica della misura cautelare degli arresti domiciliari in sospensione dall'esercizio di un pubblico servizio (ossia, nel caso di specie, la direzione della struttura organizzativa di chirurgia plastica).

Il successivo 13 aprile, il professore ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico di associato presso l'Università di Firenze; dimissioni accolte nella medesima data con decreto rettorale. Di tale sopravvenienza ha preso atto anche l'AOU di Careggi che con decreto del 19 aprile scorso, ha dichiarato la decadenza del professore dall'incarico assistenziale ricoperto.

Non si ritiene, allo stato attuale, di inviare i Carabinieri per la Tutela della Salute (N.A.S.), in quanto per i fatti segnalati è pendente presso la Procura della Repubblica di Firenze un fascicolo processuale, le cui indagini sono affidate alla Guardia di Finanza di quel capoluogo regionale.

## ALLEGATO 4

**5-05917 Mancuso: Iniziative normative per regolare la spedizione di animali e la gestione dei canili municipali.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In riferimento all'utilizzazione dei fondi pubblici previsti dalla legge n. 281/1991, in materia degli animali d'affezione e lotta al randagismo, si precisa che, a partire dall'anno finanziario 1992, essi sono stati ripartiti annualmente tra tutte le Regioni e le Province Autonome.

L'obbligo di identificazione mediante *microchip*, a decorrere dal 1° gennaio 2005, è stato sancito con l'Accordo 6 febbraio 2003 «... tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in materia di benessere degli animali da compagnia e *pet-therapy*» (recepito con D.P.C.M. del 28 febbraio 2003). Tale principio è stato poi ribadito con l'Ordinanza 6 agosto 2008 «... misure per l'identificazione e la registrazione della popolazione canina», prorogata con Ordinanza 21 luglio 2010.

In merito alle specifiche iniziative prese per normare la movimentazione di cani e gatti, si precisa che con l'introduzione della legge 4 novembre 2010, n. 201 «Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea per la protezione degli animali da compagnia, fatta a Strasburgo il 13 novembre 1987, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno» è stato previsto il reato di traffico illecito di animali da compagnia.

Allo scopo di fornire chiarimenti sulle modalità di esecuzione dei relativi controlli, il Ministero della salute, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani e la Lega Antivivisezione, ha elaborato un manuale dal titolo «Procedure per l'esecuzione dei controlli nella movimentazione comunitaria di cani e gatti».

Inoltre, per regolamentare le spedizioni di cani e gatti dai rifugi italiani verso altri Paesi comunitari, questo Ministero sta valutando, con le Autorità veterinarie regionali, diverse ipotesi di intervento, al fine di promuovere a livello comunitario l'istituzione di una banca dati centrale europea con l'obiettivo principale di favorire la tracciabilità dei cani: in tal modo sarebbe possibile la verifica delle adozioni verso altri Paesi.

Per quanto riguarda le iniziative volte a normare la gestione dei canili municipali, il Ministero della Salute ha fornito il proprio supporto tecnico per il proseguimento dei lavori del disegno di legge d'iniziativa parlamentare «Nuove norme in materia di animali d'affezione, di prevenzione e controllo del randagismo e di tutela dell'incolumità pubblica in corso di esame presso le competenti Commissioni Parlamentari, e nell'auspicarne il perfezionamento, è pienamente a disposizione del Parlamento per ogni ulteriore contributo ritenuto utile.

Si assicura che l'Unità Operativa tutela degli animali d'affezione di questo Ministero continua costantemente a monitorare le segnalazioni provenienti da privati cittadini, da Associazioni di protezione animale e dalle Istituzioni, in seguito alle quali vengono pianificate attività ispettive insieme ai Carabinieri per la Tutela della Salute (N.A.S.) presso le strutture rifugio e sanitarie presenti nel territorio nazionale, al fine di verificare il rispetto della normativa vigente in materia di randagismo e di benessere degli animali e per altri interventi operativi ritenuti necessari.

## ALLEGATO 5

**5-06480 Iannuzzi: Adozione di misure per la costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria di Salerno.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La Regione Campania ha inviato al Ministero della salute una copiosa documentazione, relativa alla Delibera di Giunta n. 1894 del 22 dicembre 2009 e all'allegato protocollo d'intesa, per la costituzione, ai sensi del decreto legislativo n. 517/1999, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria « San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona » – Scuola Medica Salernitana.

Considerate le ricadute che l'eventuale costituzione avrebbe avuto sul Servizio Sanitario Regionale sottoposto a Piano di Rientro, la relativa documentazione è stata esaminata dal Ministero, per il prescritto concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e sono state richieste alla Regione una serie di modifiche e integrazioni, specificando, peraltro, che il provvedimento avrebbe dovuto essere approvato con decreto del commissario *ad acta* e non con delibera di Giunta.

Successivamente la Regione Campania ha inviato il decreto n. 16/2011 (« Proposta di costituzione dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Scuola Medica Salernitana »). Con il detto decreto viene approvato il protocollo d'intesa sottoscritto il 25 febbraio 2011 dal Commissario *ad acta* e dal Rettore dell'Università di Salerno.

Il provvedimento si inserisce nelle attività sottoposte al preventivo concerto dei ministeri affiancanti la Regione in Piano di Rientro, visti gli impatti della costituzione dell'AOU sui raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Con parere del 2011 i Ministeri hanno chiesto di integrare la relativa documentazione con una relazione tecnica.

In risposta, la Regione ha inviato un nuovo testo di protocollo di intesa e la relazione tecnica in ordine alla quale i Ministeri affiancanti hanno formulato alcune osservazioni, che di seguito, in parte, si sintetizzano:

vengono indicati i costi del personale universitario, ammontante complessivamente a n. 81 unità, senza specificare se la valutazione di spesa effettuata sia conforme ai criteri indicati all'articolo 13, comma 6, dello stesso protocollo d'intesa;

viene incluso nell'elenco delle 81 unità, il personale amministrativo e tecnico, a cui non compete la retribuzione aggiuntiva prevista, invece, per i docenti e i ricercatori;

ai sensi dell'articolo 16 del protocollo di intesa, il personale amministrativo e tecnico sarebbe stato trasferito e utilizzato nel rispetto dei limiti del *turn over* e di ulteriori vincoli previsti dal piano di rientro; ai sensi del successivo articolo 19, comma 6, risulterebbe invece che tale personale dovrebbe essere ricompreso fra il personale che l'Università mette a disposizione dell'Azienda.

Ulteriori chiarimenti sono stati quindi richiesti dai Ministeri in merito alla dotazione organica della istituenda Azienda.

Ne è seguita la trasmissione, da parte della Regione, di un nuovo schema di decreto, volto ad approvare un nuovo schema di protocollo d'intesa con relazione tecnica sui costi.

I Ministeri affiancanti, al riguardo, hanno rilevato quanto segue:

l'incremento di 100 posti letto, rispetto a quanto previsto dal Piano Ospedaliero (adottato con decreto commissariale 49/2010);

il mantenimento, presso il complesso San Giovanni di Dio – Ruggi D'Aragona, di plessi che svolgono attività ospedaliera, anche a direzione universitaria, che, in base al Piano Ospedaliero, avrebbero invece dovuto potenziare l'offerta assistenziale territoriale, mediante trasformazione in strutture polifunzionali per la salute;

la riduzione delle Unità operative ospedaliere (da 92 a 74); tuttavia, i Ministeri hanno rilevato comunque che con la istituzione della nuova Azienda, le UOC risulteranno incrementate a 131, di cui 74 a direzione ospedaliera e 57 a direzione universitaria (riguardo a queste ultime non è chiaro come, i 20 professori di I fascia e i 24 di II fascia, con cui l'Università di Salerno contribuisce all'attività assistenziale, possano coprire la direzione di 57 UOC).

I Ministeri affiancanti hanno quindi evidenziato la necessità di procedere a una revisione dell'organizzazione complessiva, tenendo anche conto che la collocazione delle unità organizzative a direzione universitaria nei presidi periferici produce l'effetto di ricondurre gli stessi all'alta specialità ed all'integrazione prevista per le attività aziendali, con un conseguente incremento dei costi.

Il 10 febbraio 2012 la Regione ha inviato una nuova proposta di decreto con cui vengono solo in parte superati i rilievi ministeriali. Al riguardo è stato osservato che:

1) l'articolazione dei posti letto in ordinari, *day hospital* e *day surgery* è stata operata solo per quelli universitari: la differenziazione non è formale ma ha precise ricadute sull'organizzazione dei

turni, tenuto conto che i letti ordinari operano su 24h mentre quelli di DH/DS su 12h;

2) viene ribadito che l'Università di Salerno contribuirà all'attività assistenziale con 20 professori di I fascia e 24 di II fascia. La responsabilità di strutture organizzative semplici o complesse può essere affidata solo a docenti di I e II fascia, per cui resterebbe da chiarire come, a fronte di 44 docenti, siano previste per l'università n. 57 UOC.

3) riguardo ai costi relativi al personale, i Ministeri hanno richiesto di conoscere i Costi aggiuntivi, conseguenti alla istituzione della nuova Azienda, comprensivi dell'incremento dell'8 per cento della valorizzazione dell'attività assistenziale, che deve essere decurtata del risparmio corrispondente alla spesa dell'Università per il proprio personale assegnato all'Azienda e la loro compatibilità con i programmi operativi.

In tale ultimo parere, fornito lo scorso 7 marzo 2012, sono state poi aggiunte ulteriori osservazioni sulla legge regionale n. 1 « legge finanziaria per l'anno 2012 », relative a « piano di riorganizzazione per le Aziende ospedaliere universitarie ».

Alla luce di quanto sopra rilevato, emerge che ogni schema di protocollo presentato è stato esaminato con il dovuto approfondimento ed i problemi riscontrati sono sempre riconducibili:

ad un eccesso di UOC (1 ogni 10 posti letto);

ad un numero di professori di I e II fascia comunque inferiore al numero di UOC previste per la parte universitaria;

alla non chiara evidenziazione del costo aggiuntivo dell'8 per cento per la valorizzazione dell'attività assistenziale;

alla mancanza informativa sulla dotazione organica che dovrebbe supportare le UOC (131) e sulla ripartizione tra parte universitaria e parte ospedaliera dei posti letto a degenza ordinaria e di *day hospital*.

## ALLEGATO 6

**5-06823 Mancuso: Promozione della ricerca sui nuovi metodi di cura delle epatiti.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito all'interrogazione parlamentare in esame, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha precisato quanto segue.

I medicinali inibitori della proteasi « Incivo » e « Victrelis », a base dei principi attivi « Telaprevir » e « Boceprevir », sono stati più volte oggetto di approfondimento da parte della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) e del Comitato Prezzi e Rimborso (CPR) di AIFA, al fine di una accurata determinazione del prezzo e del relativo regime di rimborsabilità.

Peraltro tale procedura, pur essendo stata già da tempo avviata, è al momento sospesa, in quanto le nomine dei componenti delle due commissioni, decadute per decorrenza dei termini nel mese di febbraio 2012, sono attualmente in fase di perfezionamento da parte degli organi competenti.

Il Ministero della salute nel condividere l'importanza e l'urgenza di rendere disponibili al più presto, sul mercato italiano, detti farmaci antivirali, segnala che l'AIFA assicura il loro pronto esame nella prima riunione utile delle commissioni di nuovo insediamento.

Per quanto riguarda la promozione della ricerca sui nuovi modelli di cura delle epatiti, si precisa che il Ministero della salute segue, ormai da anni, una politica meritocratica circa la presentazione ed il finanziamento dei progetti di ricerca. Il finanziamento della ricerca finalizzata infatti non comporta la preindividuazione, da parte del Ministero, di progetti di ricerca specifici che poi sarà cura degli enti finanziati sviluppare. Al

contrario i destinatari istituzionali (IRCCS, Regioni, IZS, ISS, ecc.) o ricercatori, che a tali soggetti si affiliano, presentano progetti di loro interesse che saranno finanziati sulla esclusiva base di criteri meritocratici. Tali progetti, infatti, sono sottoposti al vaglio di « *referee* » anonimi (e stranieri) nel numero di tre (per ogni progetto), e solo i progetti migliori potranno accedere al finanziamento.

Gli IRCCS, che il Ministero finanzia per mezzo dei fondi annuali della ricerca corrente, possono presentare progetti di ricerca che indirettamente rispondono a quanto richiesto: ma, anche qui, il Ministero si astiene dall'effettuare una politica di programmazione su tematiche così specifiche ed attinenti la loro area di riconoscimento, limitando la sua azione alla predisposizione di generiche linee di ricerca che poi sarà cura degli Istituti, in piena autonomia, sviluppare con progetti mirati.

Se in Italia, quindi, sono presenti ricercatori interessati ad approfondire le tematiche di cui alla interrogazione in esame, sono invitati a presentare, al momento della pubblicazione del Bando della Ricerca Finalizzata, idonei progetti finalizzati: tali progetti, qualora ottengano un adeguato punteggio dal sistema di valutazione previsto dal bando e dimostrino di avere ricadute non trascurabili sul Sistema Sanitario Nazionale, saranno sicuramente finanziati in eccedenza rispetto a quanto previsto dalla quota minima garantita di cui allo stesso bando.

## ALLEGATO 7

**5-06423 Mattesini: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione.****TESTO DELLA RISPOSTA**

L'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, consente l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza, e prevede che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate assicurino l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti, secondo le modalità delineate dagli articoli 5, 7 e 8.

Lo stesso articolo 9 della legge n. 194/78 stabilisce che l'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

È opportuno rammentare quanto precisato nella 1° edizione (1998) del Codice Deontologico della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), che in riferimento al « Rifiuto d'opera professionale », precisa (articolo 19): « Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita ».

In occasione della pubblicazione del Codice, il Presidente dell'Ordine dei Medici ha ribadito la necessità di « individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi ».

A fronte dei dati relativi all'obiezione di coscienza, come pubblicati nell'ultima Relazione al Parlamento del 4 agosto 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », si evince che gli obiettori negli anni sono andati aumentando, raggiungendo oltre il 70,7 per cento fra i ginecologi, oltre il 51,7 per cento fra gli anestesisti ed il 44,4 per cento del personale non medico.

Occorre ricordare che, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e Regioni, sancito dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, spetta alle Regioni e alle Aziende Sanitarie Locali adottare misure utili a controllare e a garantire l'attuazione della legge n. 194/78, anche attraverso la mobilità del proprio personale.

Per gli aspetti di competenza questo Ministero, ritiene che sia corretto assicurare il giusto equilibrio tra i diversi valori in gioco, nel senso che il diritto ad esercitare l'obiezione di coscienza non deve prevalere sul diritto all'assistenza e alle cure e viceversa.

Si ricorda inoltre, che la promozione e la tutela della salute della donna, è uno degli obiettivi strategici affrontati dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, adottato con decreto ministeriale 24 aprile 2000; tale principio è stato ribadito nell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, relativo alle « Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo ».

Per quanto riguarda il quesito « se corrisponda al vero che nelle scuole di specializzazione non si insegna più come praticare una interruzione volontaria di gravidanza », occorre precisare che questo Ministero non ha conoscenze di dettaglio tali da poter confermare o confutare in maniera inequivocabile tale situazione.

Tuttavia, risulta che già nel corso di laurea in medicina e chirurgia sono affrontate le questioni relative all'interruzione volontaria di gravidanza, sia per quanto attiene agli aspetti normativi sia per quanto attiene agli aspetti tecnici, con riguardo all'approccio chirurgico e medico.

Quanto all'insegnamento di tale pratica nelle scuole di specializzazione di ginecologia ed ostetricia si fa presente che, attualmente, la materia della formazione medica specialistica è disciplinata dal decreto ministeriale 1° agosto 2005 « Riassesto delle scuole di specializzazione di area sanitaria » che, oltre ad individuare le scuole di specializzazione di area sanitaria, ne definisce il profilo specialistico, gli obiettivi formativi.

Non vi è dubbio tuttavia che l'aspetto della medicina pericoricezionale faccia parte del bagaglio culturale e tecnico richiesto allo specialista in ginecologia ed ostetricia.

Inoltre, tutti i testi di ginecologia ed ostetricia in uso presso le Università italiane, sia nel corso di laurea in medicina e chirurgia sia nelle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia, dedicano specifici capitoli all'interruzione di gravidanza, affrontando la questione sotto molteplici aspetti, tra i quali anche quello normativo ed epidemiologico e quello, ovviamente, relativo alle tecniche dell'aborto indotto prima e dopo i novanta giorni,

intendendo in tal senso sia le tecniche chirurgiche sia quelle farmacologiche.

Da ultimo, si rammenta che il Progetto Obiettivo Materno Infantile, individua nel consultorio familiare un importante strumento, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna.

Nell'organizzazione sanitaria regionale, i consultori sono integrati nella rete dei servizi sanitari a livello di distretto sanitario, quale sede di coordinamento delle attività territoriali delle aziende sanitarie locali, nell'ambito dell'organizzazione dei dipartimenti dell'area materno-infantile.

Per prevenire l'interruzione volontaria di gravidanza occorre inoltre che le aziende sanitarie portino avanti programmi mirati ad aumentare le conoscenze di tutte le donne sulla salute riproduttiva e sulla procreazione cosciente e responsabile.

La legge n. 194/1978 riguarda sia l'interruzione volontaria della gravidanza sia la tutela sociale della maternità e, all'articolo 1, stabilisce che lo Stato, le Regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Come è espresso nella legge, è compito delle Istituzioni centrali e regionali il governo del sistema, per il raggiungimento delle finalità primarie della legge stessa: la riduzione continua e progressiva dell'incidenza del fenomeno, l'abbattimento dell'aborto clandestino, la promozione di una sempre maggiore competenza verso una procreazione consapevole, al fine di evitare che l'aborto sia mezzo per il controllo delle nascite.