

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### SEDE CONSULTIVA:

Sull'ordine dei lavori .....	61
Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di veicoli, di pagamento delle sanzioni e di effetti della revoca della patente. Nuovo testo C. 5361 Valducci (Parere alla IX Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazione</i> ) .....	62
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	68

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-07967 Binetti: Accelerazione del processo di revisione delle linee guida sull'autismo ....	62
ALLEGATO 2 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	69
5-07968 Livia Turco: Iniziative volte a garantire la piena e completa attuazione della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore .....	62
ALLEGATO 3 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	71
5-07969 Barani: Iniziative volte ad evitare che la digitalizzazione dei dati sanitari comporti nuovi costi per i cittadini .....	63
ALLEGATO 4 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	72

#### SEDE REFERENTE:

DL 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. C. 5440 Governo ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	63
AVVERTENZA .....	67

#### SEDE CONSULTIVA

*Giovedì 20 settembre 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 11.15.**

#### Sull'ordine dei lavori.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, poiché i lavori dell'Assemblea si sono conclusi

anticipatamente rispetto a quanto ipotizzato, propone, al fine di consentire al sottosegretario Cardinale di giungere in Commissione per lo svolgimento delle *question-time*, un'inversione dell'ordine del giorno nel senso di passare subito all'esame in sede consultiva della proposta di legge n. 5361, quindi allo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata ed, infine, all'esame in sede referente del disegno di legge n. 5440.

La Commissione concorda.

**Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di veicoli, di pagamento delle sanzioni e di effetti della revoca della patente.**

**Nuovo testo C. 5361 Valducci.**

(Parere alla IX Commissione).

*(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazione).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato nella seduta del 19 settembre 2012.

Mariella BOCCIARDO (PdL), *relatore*, come preannunciato nella seduta di ieri, propone di esprimere un parere favorevole con un'osservazione, tesa a segnalare alla Commissione di merito l'opportunità di reintrodurre nel testo del provvedimento, nel prosieguo dell'*iter* del medesimo, una disposizione volta a potenziare le procedure per l'accertamento del reato di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, data la rilevanza che tale tema assume nell'ambito della disciplina relativa alla sicurezza stradale.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore (*vedi allegato 1*).

**La seduta termina alle 11.20.**

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

*Giovedì 20 settembre 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.*

**La seduta comincia alle 11.50.**

Gero GRASSI, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Ne dispone, pertanto, l'attivazione.

Ricorda inoltre che ciascuna interrogazione può essere illustrata dal presentatore per non più di un minuto e che all'illustrazione segue la risposta del Governo, per non più di tre minuti, e la replica dell'interrogante, per non più di due minuti.

#### **5-07967 Binetti: Accelerazione del processo di revisione delle linee guida sull'autismo.**

Paola BINETTI (UdCpTP) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando in particolare l'esigenza di imprimere un'accelerazione al processo di revisione delle linee guida sull'autismo del 2011 che, basandosi su di un determinato metodo, di tipo comportamentale – *Applied behaviour intervention* (ABA) – finiscono per recare danni concreti alle famiglie e alle istituzioni che seguono metodi diversi.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Paola BINETTI (UdCpTP), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta, ritenendo che il Ministro della salute dovrebbe assumere una posizione pubblica nei confronti del documento diffuso dall'Istituto superiore di sanità in cui si esclude l'efficacia dei metodi terapeutici diversi dall'ABA.

#### **5-07968 Livia Turco: Iniziative volte a garantire la piena e completa attuazione della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.**

Livia TURCO (PD), nell'illustrare l'interrogazione in titolo, ricorda che la XII Commissione è particolarmente sensibile al tema dell'attuazione della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, come ha dimostrato anche con la risoluzione approvata il 3 luglio scorso, a conclusione del dibattito sulla relazione del Ministro della salute concernente lo

stato di attuazione di tale legge con riferimento all'anno 2011.

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

Livia TURCO (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta in cui si da conto dei progressi fatti, auspicando altresì che possa essere data piena attuazione alla legge n. 38 del 2010, con specifico riferimento al tema della formazione del personale preposto all'erogazione delle cure palliative e della terapia del dolore.

**5-07969 Barani: Iniziative volte ad evitare che la digitalizzazione dei dati sanitari comporti nuovi costi per i cittadini.**

Lucio BARANI (Pdl), illustrando l'interrogazione in titolo, chiede al rappresentante del Governo quali iniziative il Ministro intenda assumere al fine di evitare che la digitalizzazione dei dati sanitari sia realizzata imponendo costi aggiuntivi ai cittadini.

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

Lucio BARANI (Pdl), replicando, si dichiara insoddisfatto in quanto ritiene che sia un dovere delle regioni realizzare la digitalizzazione dei dati sanitari senza imporre nuove tasse ai cittadini.

Gero GRASSI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 12.10.**

#### SEDE REFERENTE

*Giovedì 20 settembre 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il ministro della salute, Renato Balduzzi.*

**La seduta comincia alle 12.15.**

**DL 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.**

**C. 5440 Governo.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 19 settembre 2012.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che, a seguito di quanto è emerso nella riunione dell'ufficio di presidenza svoltasi nella giornata di ieri, in considerazione della particolare complessità del provvedimento in titolo, la presidenza della XII Commissione ha assunto la decisione di nominare un secondo relatore, nella persona dell'onorevole Livia Turco.

Da, quindi, la parola all'onorevole Turco, affinché possa formulare le proprie considerazioni in merito al provvedimento di cui è divenuta relatrice, insieme all'onorevole Barani.

Livia TURCO (PD), *relatore*, mostra apprezzamento per il fatto che il decreto-legge in oggetto affronti il tema della tutela della salute nell'ambito delle politiche di sviluppo del Paese. In un momento così difficile per l'Italia, prendersi cura della salute delle persone, a partire da quelle più fragili come le persone anziane o quelle affette da malattie rare o disabilità gravi, valorizzare le professionalità mediche e le professioni sanitarie, promuovere la sicurezza delle cure, costruire finalmente il secondo pilastro della sanità attraverso la riorganizzazione della medicina territoriale costituisce una scelta di

responsabilità e di lungimiranza. Un approccio di questo tipo è, a suo avviso, particolarmente apprezzabile e, pertanto, va sostenuto. Attraverso il decreto-legge in esame sono state effettuate scelte importanti, per certi versi ineludibili, che s'intende valorizzare, ma non per questo si può nascondere il contesto di difficoltà nell'ambito del quale tale provvedimento si inserisce.

Fa riferimento, in particolare, alla riduzione per il 2012 delle risorse per il Fondo sanitario nazionale di ben un miliardo di euro ed al dissenso espresso dalle regioni sul provvedimento in esame.

Rileva come l'esperienza dimostri che solo attraverso una forte e solida alleanza istituzionale, solo attraverso la condivisione da parte delle regioni si può realizzare un'azione efficace.

Dunque, esprime fin dalla fase iniziale dell'esame del provvedimento la profonda preoccupazione per la rottura che si è verificata su questo punto tra Governo e regioni, sollecitando il Governo a creare le condizioni perché si ricostruisca un'azione convergente e condivisa con le regioni.

Sottolinea che senza un'azione convergente tra Governo e regioni, senza una valutazione credibile delle risorse, le riforme si infrangono e si riducono ad essere « leggi manifesto ». A suo avviso, va assolutamente scongiurato il rischio di esporre un progetto così ambizioso ed urgente di riforma del sistema sanitario per poi ridursi ad un insieme di annunci.

Ricorda che l'onorevole Barani, nella sua relazione, ha esaminato con puntualità il contenuto dei singoli articoli, ragion per cui in questa sede preferisce limitarsi a sottolineare gli aspetti che considera più rilevanti o problematici e ad indicare fin da ora una griglia di proposte di modificazione a migliorare il testo del provvedimento.

Rileva quindi come la riorganizzazione della medicina territoriale, per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione con la specialistica ambulatoriale attraverso l'associazionismo dei medici di famiglia e l'integrazione tra prestazioni offerte dai medici di famiglia, i medici della

continuità assistenziale, i medici della guardia medica, gli specialisti ambulatoriali, i pediatri – cui ritiene sia opportuno aggiungere gli infermieri e promuovere il collegamento con i servizi sociali – previsto dall'articolo 1, sia un processo avviato in molte regioni secondo modelli differenti, che ha portato in talune realtà a sperimentare le cosiddette « Case della Salute ».

Reputa importante che ci sia una norma di indirizzo che acceleri e renda omogeneo sul territorio nazionale questo processo, reso tanto più urgente dopo il provvedimento sulla cosiddetta « *spending review* » che ha imposto una riduzione dei posti letto e dell'assistenza ospedaliera, demandando poi alle regioni la definizione delle modalità organizzative più congrue rispetto al proprio territorio, e affidando alla legislazione nazionale il compito di realizzare una maggiore integrazione di tutte le categorie professionali operanti con il Servizio sanitario nazionale. Infatti, il medico di famiglia, figura cruciale del sistema, potrà svolgere la sua funzione di presa in carico del paziente solo attraverso un lavoro di squadra e di *équipe* con le altre professioni.

I cittadini, specialmente le persone con problemi di cronicità, devono essere presi in carico all'interno di un percorso di cura e assistenza unitario. Le molteplici risposte di cui necessita un problema così complesso – risposte mediche, sociali ed economiche – non devono essere composte insieme dal paziente o dalla sua famiglia, ma devono entrare tutte in una modalità di presa in carico globale, attraverso sportelli unici ed *équipe* multidisciplinari. Questo è uno degli obiettivi fondamentali perseguiti attraverso il decreto-legge in oggetto.

Rileva inoltre che l'articolo 1 prevede che l'organizzazione del sistema delle cure primarie debba avvenire « nei limiti delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ». Come è noto sulla base dell'esperienza di regioni come la Toscana, l'Emilia ed il Veneto, l'investimento nella medicina territoriale realizza nel medio e lungo pe-

riodo una riduzione di spesa. Ma l'avvio del processo riformatore comporta investimenti in tecnologie, strutture, professionalità che difficilmente possono essere sostenuti con una sola azione di riconversione, riallocazione e riutilizzo delle risorse.

La relazione tecnica specifica, con riferimento all'articolo 1, come l'unico risparmio derivi dal fatto di evitare in alcune fasce orarie (24-8) la sovrapposizione fra servizi d'emergenza 118 e continuità assistenziale della medicina territoriale. Rilevato che si tratterebbe di un risultato troppo modesto, evidenzia la necessità di creare le condizioni per rendere effettivo l'articolo 1, con il contributo di tutti ed ascoltando i suggerimenti che deriveranno dalle audizioni previste. Preannuncia che su questo punto, in particolare, intende formulare degli emendamenti.

Evidenzia poi la disposizione di cui all'articolo 3, relativo alla responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie, considerandola una norma di grande rilievo. Favorire una relazione di fiducia tra medico e paziente, combattere la medicina difensiva, è una priorità delle politiche della salute. Per questo ritiene utile cogliere l'occasione offerta da questo decreto-legge per dare una risposta più esaustiva al problema, secondo le linee contenute nel disegno di legge in cui si affronta questo tema, attualmente in corso di esame al Senato, condiviso tra tutte le forze politiche e le professioni sanitarie. Fa presente che sul punto l'onorevole Barani nella sua relazione ha indicato una soluzione interessante, intorno alla quale si può realizzare una convergenza, nell'ottica della predisposizione di un testo condiviso.

Valuta poi come molto positivo l'articolo 4 relativo al governo clinico, in cui vengono introdotte misure di trasparenza nella nomina dei direttori generali, dei dirigenti medici e sanitari e per il coinvolgimento delle professioni sanitarie al governo del sistema. In tale articolo sono state recepite diverse proposte presentate dal gruppo del Partito democratico nel

corso di questa legislatura e già previste nel provvedimento recante: « Norme per la qualità e la sicurezza delle cure », collegato alla legge finanziaria del 2008.

Ritiene, in particolare, che l'articolo 4 possa essere arricchito e completato prevedendo strumenti e procedure per la valutazione degli esiti e della qualità del sistema sanitario che, nonostante iniziative regionali lodevoli, costituisce una grave carenza nel nostro sistema. A suo giudizio, dovrebbe essere soppressa quella parte della disposizione che prevede la possibilità di non confermare l'incarico al dirigente medico e sanitario che ha conseguito una valutazione positiva del suo operato sulla base dell'articolo 9, comma 32 della legge 30 luglio 2010, n. 122.

Un altro tema considerato di particolare importanza è quello relativo all'aggiornamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA), di cui all'articolo 5 del provvedimento.

Ricorda che nel corso del suo operato in qualità di Ministro della salute aveva dedicato un grande impegno per favorire l'aggiornamento del decreto relativo ai livelli essenziali di assistenza, che costituisce il cuore del diritto alla salute. Il decreto, contenente misure innovative importanti la cui attuazione era connessa ad un incremento delle risorse finanziarie, fu rimosso a causa della riduzione delle risorse in favore del Sistema sanitario nazionale da parte dei Governi successivi. Ricorda quindi come negli ultimi anni, stando all'opposizione, il Partito democratico abbia insistito con determinazione affinché il Governo procedesse a tale aggiornamento. Esprime dunque la propria soddisfazione nel leggere il testo di una norma che preveda che tale aggiornamento avvenga entro una data certa – dicembre 2012 – e che preveda come priorità la riformulazione dell'elenco delle malattie croniche, delle malattie rare e le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia. Ritiene che l'aggiornamento dei LEA non sia solo un'azione aggiuntiva ma che costituisca una rivisitazione delle prestazioni assistenziali per garantire il di-

ritto alla salute. Esistono anche i LEA « obsoleti » in quanto definiti in base a una valutazione superata dei bisogni di salute, contenenti cure inappropriate e che, pertanto, vanno cancellati, al fine di lasciare spazio ai nuovi bisogni di salute e alle prestazioni necessarie. Tra questi ultimi segnala, come priorità, l'aggiornamento del nomenclatore tariffario degli ausili delle protesi e l'analgesia epidurale.

Poiché la definizione dei LEA deve essere condotta in relazione alla valutazione delle risorse necessarie, auspica che questo avvenga al più presto e che costituisca la base per siglare il nuovo Patto della salute al quale la discussione e l'approvazione del decreto in esame deve dare un contributo prezioso.

Carmine Santo PATARINO (FLP), riservandosi di intervenire sul merito del provvedimento nel corso del prosieguo dell'*iter*, in questa fase si sofferma in particolare su alcune disposizioni, tra cui quella dell'articolo 4, concernente il governo clinico. Ricorda come il dibattito svoltosi presso la XII Commissione sul disegno di legge A.C. 278 e abbinate, in materia di governo delle attività cliniche, sia stato particolarmente ampio e complesso e come da tale discussione sia scaturito un primo testo, approvato all'esame in Assemblea e quindi rinviato in Commissione e come, a seguito di tale rinvio, sia stato elaborato un nuovo testo, il cui esame in sede referente si è concluso. Ricorda, in particolare, di aver sempre sostenuto il principio del concorso per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura ospedaliera, mentre nel predetto testo licenziato dalla Commissione si prevede che il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, con l'obbligo di motivarne la scelta.

Reputa poi positivo il fatto che il decreto-legge in esame affronti il tema della ludopatia, fenomeno che coinvolge un numero crescente di persone, specialmente tra le fasce giovanili della popolazione.

Ricordando la definizione data dal Ministro Balduzzi al decreto in oggetto, come atto « di manutenzione straordinaria », evidenzia come, a suo avviso, esso costituisca un'occasione importante, da non lasciarsi sfuggire. A questo proposito, rileva che è sicuramente importante che si realizzi un'azione di convergenza tra Governo e regioni, come precisato dall'onorevole Turco nella sua relazione introduttiva, ma che l'obiettivo principale da perseguire sia quello della realizzazione di un livello di tutela della salute più elevato, abbattendo le significative differenze esistenti tra le varie regioni per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Vincenzo D'ANNA (PT), rileva che il decreto-legge emanato dal Governo reca interventi concernenti una sanità che versa in condizioni disastrose, in quanto agli elevati costi sostenuti non corrisponde affatto la qualità delle prestazioni erogate.

Accade poi che il pagamento di talune prestazioni sia posto a carico dei pazienti in alcune regioni piuttosto che in altre, ciò che richiederebbe una revisione del numero e della tipologia degli interventi.

Per quanto riguarda specificamente la cosiddetta « assistenza h24 », rileva come risulti inspiegabile l'esclusione delle strutture sanitarie private accreditate, il cui coinvolgimento consentirebbe significativi risparmi conseguenti all'utilizzazione della strumentazione a disposizione delle strutture medesime.

Rileva inoltre la necessità di aggiornare tutti i nomenclatori tariffari, e non solo quelli espressamente richiamati dall'onorevole Turco.

Anticipa altresì l'intenzione di presentare un emendamento al provvedimento in esame che preveda l'istituzione di un Osservatorio sui prezzi delle prestazioni sanitarie, non comprendendo la ragione per cui presso il Ministero della salute esistono osservatori di tutti i tipi, ma non sulle tariffe e sui costi sanitari.

Gero GRASSI, *presidente*, fa notare all'onorevole D'Anna come, a suo avviso, non sia corretto parlare di una « sanità

disastrosa » con riferimento all'esperienza italiana che, al di là dei disavanzi venutisi a creare, costituisce comunque un modello invidiabile e preso come riferimento anche da parte di altri Paesi, per il suo carattere universalistico.

Vincenzo D'ANNA (PT) precisa che nel suo intervento si riferiva ad una situazione disastrosa dal punto di vista specificamente economico.

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

**La seduta termina alle 12.50.**

#### AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

#### 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.*

## ALLEGATO 1

**Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di veicoli, di pagamento delle sanzioni e di effetti della revoca della patente. Nuovo testo C. 5361 Valducci.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti competenza, il nuovo testo della proposta di legge C. 5361 Valducci, recante « Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di veicoli, di pagamento delle sanzioni e di effetti della revoca della patente », quale risultante dagli emendamenti approvati,

esprime:

**PARERE FAVOREVOLE**

*con la seguente osservazione:*

valuti la Commissione di merito l'opportunità di reintrodurre nel testo del provvedimento, nel prosieguo dell'*iter* del medesimo, una disposizione volta a potenziare le procedure per l'accertamento del reato di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, data la rilevanza che tale tema assume nell'ambito della disciplina relativa alla sicurezza stradale.

## ALLEGATO 2

**5-07967 Binetti: Accelerazione del processo di revisione delle linee guida sull'autismo.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Rispondo al *question time* in esame, facendo un seguito alle valutazioni già rese a questa Commissione in data 25 gennaio 2012, in occasione di una specifica Audizione dedicata ai disturbi dello spettro autistico e alle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le linee guida non sono prescrizioni ma consistono in raccomandazioni per la pratica clinica, ricavate dai dati scientifici prodotti dalla letteratura internazionale, secondo una prestabilita metodologia di ricerca basata sulle evidenze, condivisa con molte altre autorevoli agenzie di salute internazionali, come il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, UK) e lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Pertanto, dal punto di vista metodologico le linee guida sono frutto di un'analisi e di una sintesi, obiettiva, riproducibile e trasparente delle evidenze scientifiche pubblicate a livello internazionale nel periodo di riferimento.

Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) ha elaborato la «Linea guida per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva». In particolare, la linea guida si è sviluppata attraverso la costituzione di un gruppo multidisciplinare di esperti (indicati dalle società scientifiche e associazioni di professionisti che operano nel campo), formato da tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza dei disturbi dello spettro autistico (il farmacologo, lo psicologo, il pediatra, il neuropsichiatra, il medico di medicina generale, il logopedista, il terapeuta della neuro e psicomotricità, l'epidemiologo e il metodologo delle linee guida) nonché dai

rappresentanti delle maggiori Associazioni dei familiari. La linea guida ha avuto, in particolare, l'obiettivo di rispondere a quesiti relativi agli interventi farmacologici e non farmacologici/dietetici proposti in letteratura per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico, con particolare riguardo a valutazione di efficacia, tempi di inizio, durata e intensità, e appropriatezza per specifiche tipologie di disturbi dello spettro autistico (DSA) e/o comorbidità. Sono stati quindi stabiliti i criteri per l'inclusione degli studi pubblicati presenti nelle quattro principali banche dati della letteratura biomedica internazionale (Medline, Embase, PsychInfo, Cochrane Library). Sono state quindi formulate raccomandazioni che fossero in grado di sintetizzare le evidenze presenti nella letteratura scientifica alla data dell'aprile 2010.

I programmi di intervento cosiddetti « comportamentali » sono finalizzati a modificare il comportamento generale per renderlo funzionale ai compiti della vita di ogni giorno (alimentazione, igiene personale, capacità di vestirsi) e tentano di reindirizzare i comportamenti indesiderati.

La linea guida ha segnalato un *trend* di efficacia a favore di altri programmi di intervento strutturati a supporto della comunicazione e delle competenze sociali o riferibili ad un approccio evolutivo, effettuati nell'ambiente di vita del bambino.

Per quanto riguarda la dietoterapia mirata, in mancanza di evidenze conclusive nella letteratura scientifica la Linea Guida raccomanda che, in attesa di studi che ne valutino l'efficacia, la dieta venga

adottata solo quando il bambino con DSA presenti allergie o intolleranze alimentari accertate, così come avviene per i bambini senza DSA. Per quanto riguarda la musicoterapia, in analogia a quanto già indicato dalla Linea Guida del SIGN, il panel ha ritenuto che le prove scientifiche esistenti non fossero sufficienti a formulare una raccomandazione sull'utilizzo della musicoterapia nei disturbi dello spettro autistico. Per entrambe le terapie si tratta perciò di un parere interlocutorio, che rimanda la valutazione e l'eventuale raccomandazione (favorevole o contraria) al momento in cui siano stati effettuati e pubblicati studi che accertino l'efficacia o l'inefficacia delle terapie sopra indicate.

Concludo dicendo, come ho già avuto modo di osservare in data 25 gennaio

2012, che il Ministero della salute, per le funzioni istituzionali cui è preposto e nel rispetto anche del disagio delle famiglie dei pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico, se ancor prima del 2015 emergessero nuove evidenze scientifiche, si dichiara pronto ad anticipare la fase di aggiornamento delle linee guida e della eventuale revisione delle raccomandazioni.

Da ultimo, si osserva che non sono previsti futuri provvedimenti circa potenziali specifici comportamenti del personale sanitario, atteso che trattasi di raccomandazioni che diventano uno strumento per il medico che, in base alla sua competenza ed esperienza, potrà decidere in che misura i comportamenti raccomandati si applichino al caso particolare.

## ALLEGATO 3

**5-07968 Livia Turco: Iniziative volte a garantire la piena e completa attuazione della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'atto ispettivo in esame si osserva quanto segue.

L'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38 « Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore », come è noto, ha previsto l'emana- zione di provvedimenti attuativi della legge stessa, che di seguito si elencano.

In data 25 luglio 2012 è stata sancita in sede di Conferenza permanente per i rap- porti tra lo Stato e le Regioni l'intesa previ- sta dall'articolo 5, comma 3, della legge n. 38, che, su proposta del Ministro della Salute, definisce i requisiti minimi e le mo- dalità organizzative necessari per l'accredi- tamento delle strutture di assistenza ai ma- lati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domici- liari presenti in ciascuna regione.

L'intesa così sancita ha permesso di definire in modo univoco gli standard quantitativi e qualitativi che le strutture facenti parte delle tre reti assistenziali dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico devono possedere per potere essere accreditate all'interno del sistema integrato di presa in carico e di assistenza al malato.

L'intesa siglata costituisce il prerequi- sito propedeutico per la stesura dell'ac- cordo previsto dall'articolo 5 comma 2 della legge n. 38 del 2010.

Il Ministero sta perfezionando il testo che individua l'elenco esaustivo dei pro- fessionisti abilitati ad operare nelle reti assistenziali attraverso percorsi formativi univoci, tenendo conto, inoltre, sia del percorso curriculare effettuato sia del- l'esperienza maturata all'interno delle

strutture di assistenza al malato affetto da patologia cronica o al paziente nella fase di terminalità.

Parallelamente, in data 4 aprile 2012, il Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, ha emanato cinque decreti che istituiscono i master di II livello per i medici di cure palliative, master di alta formazione e qualificazione per i medici specialisti in terapia del dolore, master dedicati ai medici che opereranno nella rete assistenziale rivolta al paziente pe- diatrico; e due ulteriori master rivolti alle altre figure professionali previste all'in- terno delle reti, rispettivamente rivolti agli psicologi e agli infermieri.

Come è noto, il master universitario di Alta formazione e qualificazione è l'unico percorso con il quale è possibile consentire a specialisti e personale, che ha acquisito conoscenze e competenze sul posto di lavoro, di perfezionare il proprio bagaglio culturale e professionale. Sono attivati dalle Facoltà di medicina e chirurgia con esperienza in cure palliative e terapia del dolore in quanto sedi di specializzazioni, master o corsi *post lauream* in terapia del dolore o cure palliative.

Da ultimo, si comunica che sono state inserite le tematiche della terapia del do- lore e delle cure palliative nel programma ECM dell'anno 2012, in attuazione dell'ar- ticolo 8 comma 2; ed è stato predisposto un documento riguardante la formazione del volontariato, condiviso in sede di Com- missione nazionale per l'attuazione dei principi contenuti nella legge n. 38 del 15 marzo 2010.

## ALLEGATO 4

**5-07969 Barani: Iniziative volte ad evitare che la digitalizzazione dei dati sanitari comporti nuovi costi per i cittadini.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento alla questione sollevata, si comunica che l'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana ha precisato che con la Delibera di Giunta Regionale n. 753 del 10 agosto 2012 sono state introdotte misure integrative di compartecipazione alla spesa sanitaria, quali il contributo richiesto sulla digitalizzazione delle prestazioni di diagnostica per immagini.

Lo sviluppo tecnologico delle procedure di diagnostica attraverso la digitalizzazione, consentirà passi avanti fondamentali in termini di fruibilità dei referti. Occorre quindi uno sforzo economico, che determina la compatibilità con la nuova richiesta di compartecipazione: in questo quadro si inserisce l'iniziativa in esame intrapresa dalla Regione Toscana.

Il contributo è legato non alla consegna del supporto informatico contenente il referto diagnostico, ma all'intero percorso di digitalizzazione, incluse le fasi di archiviazione e produzione.

Vale la pena comunque di segnalare che il contributo alla digitalizzazione nell'ambito delle prestazioni eseguite in Pronto Soccorso, è richiesto solo nei casi in cui l'accesso non sia seguito dal ricovero (nel 2011, circa il 40 per cento del totale degli accessi).

Inoltre, le prestazioni erogate nell'ambito dei programmi di screening regionali e per la diagnosi precoce dei tumori sono escluse dal contributo alla digitalizzazione, ed il contributo al percorso di digitalizzazione non resta attribuito alle strutture private, in quanto il privato convenzionato restituisce il contributo incassato.

L'Assessorato assicura che saranno, inoltre, predisposti interventi utili alla migliore gestione di quelle categorie di cittadini che si trovano ad affrontare importanti percorsi sanitari, scontando condizioni di particolare disagio socio-economico.

Nel merito del quesito posto, per i profili di competenza del Ministero della salute si osserva che la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 all'articolo 3 pone la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente, per le quali compete alle regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello stato.

In questo quadro normativo, come è noto, s'inserisce la legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante provvedimenti urgenti in materia di spesa sanitaria che, oltre a dettare disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria stabilisce, all'articolo 4 comma 3, che: «...gli eventuali disavanzi di gestione... sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione anche di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa.

Per tale aspetto si può concludere, pertanto, che le scelte adottate dalla Regione Toscana possano considerarsi in linea con la vigente normativa di attuazione del federalismo fiscale.