

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 4/2014: Disposizioni urgenti in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero, nonché altre disposizioni urgenti in materia tributaria e contributiva e di rinvio di termini relativi ad adempimenti tributari e contributivi. C. 2012 Governo (Parere alla VI Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione</i>)	76
ALLEGATO 1 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	80

INTERROGAZIONI:

5-00551 Valiante: Iniziative per una deroga al blocco del <i>turn-over</i> per il personale tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nella regione Campania	78
ALLEGATO 2 (<i>Testo della risposta</i>)	81
5-00751 Giammanco: Consumo di psicofarmaci somministrati a bambini	78
ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>)	83
5-01295 Murer: Profili professionali dei medici operanti nelle reti per le cure palliative ..	78
ALLEGATO 4 (<i>Testo della risposta</i>)	86
5-01609 Binetti: Iniziative per la tutela delle condizioni di salute dei migranti	79
ALLEGATO 5 (<i>Testo della risposta</i>)	88

SEDE CONSULTIVA

Martedì 4 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.10.

DL 4/2014: Disposizioni urgenti in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero, nonché altre disposizioni urgenti in materia tributaria e contributiva e di rinvio di termini relativi ad adempimenti tributari e contributivi.

C. 2012 Governo.

(Parere alla VI Commissione).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato nella seduta del 27 febbraio 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dà il benvenuto al nuovo sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo, augurandogli buon lavoro e formulando l'auspicio di una proficua collaborazione con la Commissione. Comunica, quindi, di aver inviato un telegramma all'ex sottosegretario per la salute, Paolo Fadda, e all'ex viceministro del lavoro e delle politiche sociali, Maria Cecilia Guerra, ringraziandoli, a nome dell'intera Commissione, per l'attività svolta e la disponibilità mostrata.

Ricorda, dunque, che la Commissione è oggi convocata per il seguito dell'esame in sede consultiva del disegno di legge di

conversione del decreto-legge n. 4 del 2014, recante « Disposizioni urgenti in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero, nonché altre disposizioni urgenti in materia tributaria e contributiva e di rinvio di termini relativi ad adempimenti tributari e contributivi ».

Fa presente che la Commissione di merito, presumibilmente, concluderà l'esame nel corso della prossima settimana e che, ove questa dovesse trasmettere il testo risultante dagli emendamenti approvati, l'Ufficio di presidenza valuterà se riconvocare o meno la Commissione sul nuovo testo.

Ricorda, poi, che nella precedente seduta la relatrice, onorevole Scuvera, ha svolto la relazione e si sono svolti alcuni interventi.

Chiara SCUVERA (PD), *relatore*, dopo aver ringraziato i deputati Cecconi e Miotto per il contributo apportato al dibattito nel corso della precedente seduta, fa presente – rivolta al deputato Cecconi – di non aver dato conto nella sua relazione del comma 3 dell'articolo 2 del decreto-legge in oggetto, che prevede una riduzione dei premi e contributi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, in quanto attiene più direttamente a una materia di competenza dell'XI Commissione.

Evidenzia, altresì, di aver tenuto conto nella proposta di parere che si accinge a sottoporre alla Commissione delle considerazioni svolte dai deputati Miotto e Cecconi relativamente alla perdita di gettito derivante dalla soppressione dei commi 575 e 576 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013) – ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge in esame – per far fronte alla quale il comma 1 del medesimo articolo 2, alle lettere *b*) e *c*), interviene sui commi 427 e 428 della legge di stabilità, aumentando gli importi dei risparmi di spesa ivi previsti. Precisa, dunque, di aver inserito nella proposta di parere formulata una condizione volta a scongiurare il pericolo per cui, nell'effettuazione dei predetti risparmi di spesa, siano intaccati gli

interventi previsti in favore delle categorie di soggetti deboli quali persone anziane, minori, disabili, invalide o non autosufficienti nonché per il contrasto alla povertà o ad ogni altra forma di disagio sociale.

Procede, quindi, a dare lettura della proposta di parere predisposta (*vedi allegato 1*).

Andrea CECCONI (M5S) ringrazia il relatore per aver tenuto conto, nella proposta di parere presentata, dell'esigenza di tutelare comunque le categorie di soggetti più deboli a fronte del reperimento delle risorse necessarie per la copertura delle minori entrate derivanti dal riordino delle agevolazioni tributarie previsto dai commi 575 e 576 della legge di stabilità 2014.

In considerazione dello stato dei lavori della Commissione competente in sede referente, sicuramente non avanzato, ritiene che la XII Commissione potrà tornare a esprimersi in sede consultiva sul testo del decreto-legge risultante dalla votazione degli emendamenti qualora siano apportate modifiche a parti di competenza della Commissione stessa. Nella fase attuale, annuncia il voto di astensione da parte del suo gruppo sulla proposta di parere del relatore.

Rivolgendo, quindi, gli auguri di buon lavoro al nuovo sottosegretario, fa presente che da parte dei deputati del Movimento 5 Stelle facenti parte della Commissione affari sociali vi è una propensione alla collaborazione laddove ve ne siano le condizioni, esercitando essi in ogni caso un rigoroso controllo sull'attività del Governo. Auspica, dunque, che anche con il nuovo sottosegretario, come già con il sottosegretario Fadda, si possa instaurare un clima di rispetto e di collaborazione.

Marisa NICCHI (SEL), dopo aver annunciato il voto favorevole da parte del suo gruppo sulla proposta di parere illustrata dal relatore, dà il benvenuto al sottosegretario De Filippo, prospettando anche da parte di Sinistra Ecologia Libertà una linea di comportamento all'insegna della collaborazione e del rigore, sulla base dei presupposti concreti.

Rivolge, infine, un ringraziamento all'ex sottosegretario Fadda per l'attività svolta e per l'atteggiamento tenuto nei rapporti con la Commissione.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore, favorevole con una condizione.

La seduta termina alle 14.25.

INTERROGAZIONI

Martedì 4 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.25.

5-00551 Valiante: Iniziative per una deroga al blocco del *turn-over* per il personale tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nella regione Campania.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO rivolge preliminarmente un saluto a tutti i componenti della Commissione, preannunciando da parte sua le più ampie disponibilità e puntualità, nei limiti del possibile, rispetto allo svolgimento dei lavori della Commissione stessa.

Risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Simone VALIANTE (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto. Infatti, pur ringraziando della risposta articolata il sottosegretario De Filippo – al quale augura buon lavoro – reputa tuttavia necessaria l'effettuazione di un monitoraggio continuativo sullo stato della sanità in Campania, evidenziando come le forti lacune che si riscontrano siano attribuibili in parte al fatto che si tratta di una regione sottoposta a piano di rientro, in parte all'assenza di programmazione.

Precisa, dunque, che al calo drastico del livello di assistenza corrisponde una spesa che non è diminuita, ma che è andata addirittura aumentando.

Per le ragioni addotte, ribadisce la richiesta al Governo di applicare un monitoraggio maggiore con riferimento al personale sanitario che svolge la propria attività nel territorio della regione Campania.

5-00751 Giammanco: Consumo di psicofarmaci somministrati a bambini.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Gabriella GIAMMANCO (FI-PdL), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta in quanto se, da un lato, apprezza il tono puntuale e dettagliato della risposta, dall'altro lato reputa necessario che il Governo tenga alta la soglia dell'attenzione, attraverso il Comitato tecnico, per verificare se e in quale misura vi si effettivamente il ricorso ad un'eccessiva somministrazione di psicofarmaci ai bambini.

A questo proposito, si augura che i dati forniti dall'assessore di Merano ed evidenziati nella risposta del sottosegretario siano corretti, facendo presente di essere in possesso di dati diversi, dai quali risulterebbe che nel 2010 a Merano c'erano ben centosessanta bambini psichiatrizzati e 40 bambini soggetti a trattamenti con potenti psicofarmaci.

Ribadisce, pertanto, la necessità di un preciso e forte impegno da parte del Governo nel senso di vigilare sui consumi di psicofarmaci da parte dei bambini.

5-01295 Murer: Profili professionali dei medici operanti nelle reti per le cure palliative.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Delia MURER (PD), replicando, si dichiara soddisfatta, segnalando tuttavia che l'interrogazione in titolo è stata presentata nel mese di ottobre e, pertanto, i problemi ivi segnalati sono stati nel frattempo in parte risolti. Fa presente, quindi, che la questione concerneva l'esigenza di garantire continuità all'attività svolta dai medici che hanno operato per anni nel settore delle cure palliative, cumulando pertanto esperienza diretta sul campo, senza tuttavia essere in possesso dei titoli previsti dalla nuova normativa.

Plaudendo, dunque, al fatto che la questione segnalata è stata in parte risolta, rivolge al sottosegretario De Filippo gli auguri di buon lavoro, auspicando che si venga a instaurare un rapporto di proficua collaborazione con la Commissione.

5-01609 Binetti: Iniziative per la tutela delle condizioni di salute dei migranti.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei

termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Paola BINETTI (PI), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta fornita dal sottosegretario De Filippo, evidenziando tuttavia come in questo campo i fatti spesso non corrispondano alle parole, stanti le condizioni generali di salute e di vita dei migranti, ben al di sotto dei livelli minimi della decenza.

Si augura, quindi, che, al fine di apportare un effettivo miglioramento alla situazione dei migranti, siano predisposte adeguate risorse dal punto di vista sia culturale sia strutturale.

Ritiene, infine, che, con l'imminente arrivo della primavera, sia prevedibile la gestione di nuove emergenze, a fronte delle quali occorre mettere in atto veri e propri progetti operativi.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 15.10.

ALLEGATO 1

DL 4/2014: Disposizioni urgenti in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero, nonché altre disposizioni urgenti in materia tributaria e contributiva e di rinvio di termini relativi ad adempimenti tributari e contributivi. C. 2012 Governo.**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti competenza, il disegno di legge 2012 Governo, recante « Conversione in legge, del decreto-legge n. 4 del 2014 recante disposizioni urgenti in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero, nonché altre disposizioni urgenti in materia tributaria contributiva e di rinvio di termini relativi ad adempimenti tributari e contributivi »;

premesso che l'articolo 2, comma 1, lettera a), abroga i commi 575 e 576 dell'articolo 1 della legge di stabilità per il 2014;

considerato che i commi abrogati prevedevano che entro il 31 gennaio 2014 avrebbero dovuto essere adottati provvedimenti normativi di razionalizzazione delle detrazioni per oneri di cui all'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi (TUIR), al fine di assicurare maggiori entrate per 488,4 milioni di euro per l'anno 2014, 772,8 milioni per il 2015 e a 564,7 milioni a decorrere dal 2016, e che inoltre il medesimo comma stabiliva che nell'adozione dei provvedimenti di razionalizzazione si sarebbe dovuto tenere conto dell'esigenza di tutelare i soggetti invalidi, disabili o non autosufficienti;

preso atto che, ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, agli oneri derivanti dalla soppressione dei predetti commi 575 e 576 si provvede mediante i risparmi di spesa che conseguiranno agli interventi correttivi di *spending review*, nelle more dei quali il comma 428 della legge di stabilità 2014 disponeva la costituzione di accantonamenti indisponibili sulle spese rimodulabili delle missioni di spesa di ciascun Ministero;

rilevato altresì che, al medesimo fine della copertura dei suddetti oneri, la lettera c) del comma 1 dell'articolo 2 del decreto-legge in esame modifica in aumento l'entità degli accantonamenti indisponibili per un importo pari a 710 milioni di euro per il 2014, 772,8 per il 2015 e 564,7 a decorrere dal 2016;

atteso infine che le somme nel complesso accantonate saranno ripartite tra i vari Ministeri secondo la tabella allegata al decreto-legge in oggetto, che vede interessati sia il Ministero del lavoro e delle politiche sociali in misura maggiore sia il Ministero della salute, per un importo inferiore;

ritenuto necessario che il suddetto aumento degli obiettivi di risparmio di spesa dei Ministeri non incida su risorse destinate ad interventi in favore di categorie di soggetti deboli, quali persone anziane, minori, disabili, invalide o non autosufficienti nonché per il contrasto alla povertà o ad ogni altra forma di disagio sociale,

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

all'articolo 2, comma 2, sia precisato che, nell'effettuare i risparmi di spesa previsti ai sensi della lettera c) del comma 1 del medesimo articolo, si tenga conto dell'esigenza di non incidere sulle somme destinate al finanziamento di interventi in favore di soggetti deboli, quali persone anziane, minori, disabili, invalide o non autosufficienti nonché per il contrasto alla povertà o ad ogni altra forma di disagio sociale.

ALLEGATO 2

5-00551 Valiante: Iniziative per una deroga al blocco del *turn-over* per il personale tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nella regione Campania.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla questione prospettata nell'interrogazione parlamentare in esame, la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Napoli ha segnalato che tra i problemi particolarmente sentiti dalla Regione Campania, impegnata nel piano di rientro dal disavanzo, vi è quello del blocco del « *turn-over* » del personale sanitario, quale misura di contenimento della spesa.

Come precisato dallo stesso Ente regionale, dal marzo 2007 sono state dettate disposizioni dirette a limitare i reclutamenti di personale, prima in percentuale e poi in misura totale.

Infatti, il decreto del Commissario *ad acta* n. 155 del 31 dicembre 2012, ha vietato ogni forma di assunzione, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato fino al 31 dicembre 2013.

Dette disposizioni sono state adottate in esecuzione della legge finanziaria per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009), nella parte dedicata al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dei bilanci delle Regioni, che ha dato attuazione all'Intesa del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Tuttavia, sono in fase avanzata le istruttorie necessarie per l'attuazione dell'articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 158 del 2012, (convertito in legge n. 189 del 2012), che prevede, per le Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari nelle quali sia scattato per l'anno 2012 il blocco automatico del *turn-over*, la possibilità di procedere ad una prima

fase di reclutamento di personale pari al 15 per cento di quello cessato nell'anno 2011.

La citata norma, come sottolineato dalla Regione Campania, è un'importante occasione per superare le difficoltà che il perdurare della citata limitazione arreca alle attività dirette ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, e costituisce un primo segnale di apertura verso iniziative regionali più attente al bisogno di cure sanitarie, pur nel rispetto delle esigenze di tutela degli equilibri economici.

Secondo le disposizioni commissariali, le Aziende Sanitarie della Campania dovranno svolgere analisi volte a verificare l'applicazione di interventi di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse interne, prima di procedere a reclutamenti nei limiti percentuali anzidetti.

La struttura commissariale, con il supporto tecnico ed istruttorio degli uffici dell'Assessorato alla Sanità, provvederà ad avocare a sé la gestione del processo di reclutamento del personale, riservandosi il compito di valutare ogni singola richiesta di assunzione da parte delle Aziende Sanitarie, tenuto conto:

dell'osservanza della percentuale di assunzioni consentita;

del rispetto degli obiettivi di risparmio di cui alla manovra per il contenimento della spesa per il personale;

dell'obbligo di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Con specifico riferimento alla figura dei Tecnici di prevenzione nell'ambiente e nei

luoghi di lavoro, il Direttore Generale dell'Asl Napoli 1, l'azienda sanitaria più grande della Provincia, ha confermato che, a causa del blocco del « *turn-over* » si è verificata una riduzione delle unità in possesso di tale profilo professionale.

Lo stesso Direttore ha precisato, inoltre, che attualmente in Azienda risultano in servizio 166 unità, pur se di età media intorno ai 55 anni, ridotti del 24,9 per cento negli ultimi quattro anni, che presidiano in modo efficace il territorio, garantendo il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'area della Prevenzione Collettiva e della Sanità Pubblica.

Ciò nonostante, ha auspicato che, in sede di programmazione, si possa prevedere un potenziamento numerico dei tecnici in questione, in considerazione anche del continuo sviluppo della normativa, specie comunitaria.

La Regione Campania ha richiesto ai Ministeri vigilanti di potersi avvalere della facoltà prevista dal citato articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 158 del 2012, in merito alla disapplicazione del blocco del « *turn-over* ».

Pertanto, è stato emanato il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 10 gennaio 2014, che riconosce alla Regione Campania la possibilità di assumere 208 unità di personale da inquadrare nell'area emergenza-urgenza.

Detto decreto scaturisce anche dalle indicazioni fornite alle Regioni affinché le loro richieste di deroga vengano effettuate seguendo i seguenti percorsi:

per le deroghe con carattere di urgenza, per il personale sanitario della rete di emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera e per il personale di figura apicale in discipline di alta specialità;

per le deroghe non urgenti, a vantaggio di tutto il rimanente personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Regionale.

Da ultimo, il decreto 10 gennaio 2014, accoglie la richiesta della Regione Campania relativa al percorso per le deroghe con carattere di urgenza, ma tiene anche conto delle richieste di deroga per settori non urgenti, nei quali sono palesi le difficoltà nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Va inoltre segnalato che nella documentazione pervenuta dalla Regione non si riscontra alcuna richiesta di deroga per la figura professionale del personale tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, oggetto della presente interrogazione.

In effetti, a fronte di 335 richieste totali di personale, quelle riguardanti il Dipartimento di prevenzione sono solo tre, tutte relative all'Asl di Caserta.

Nello specifico, però, due contemplano la figura di dirigente per « igiene e sanità » ed una quella del dirigente di struttura complessa di area veterinaria.

ALLEGATO 3

5-00751 Giammanco: Consumo di psicofarmaci somministrati a bambini.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, a seguito di delega della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base di quanto comunicato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Come è noto, il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) è una patologia neuropsichiatrica a esordio in età evolutiva caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria.

La prevalenza della diagnosi di ADHD nei bambini e adolescenti in Italia si attesta intorno all'1 per cento nella popolazione di età compresa tra 6-17 anni.

I sintomi dell'ADHD spesso persistono nell'età adulta: circa il 65 per cento dei bambini che hanno ricevuto una diagnosi di ADHD mostra ancora sintomi durante l'età adulta, con vari livelli di compromissione funzionale.

Il trattamento dell'ADHD prevede i seguenti passaggi nel caso di bambini/adolescenti di nuova diagnosi:

la diagnosi e l'inizio della terapia devono essere effettuati e supervisionati da uno specialista con esperienza nella gestione di pazienti pediatriche con disordini di carattere neuropsichiatrico;

in seguito alla visita con lo specialista, viene dato inizio alla terapia psicocomportamentale. La terapia farmacologica viene considerata solo se quella comportamentale non controlla sufficientemente i sintomi della patologia.

Con riguardo alla terapia farmacologica, la prima linea è costituita dai farmaci psicostimolanti. Nel caso che questa categoria di farmaci non dimostri l'effetto

desiderato, può essere utilizzato un farmaco non stimolante.

I farmaci psicostimolanti approvati nei Paesi Europei per la cura dell'ADHD sono:

Metilfenidato (registrato in vari paesi Europei e in USA; sono presenti diversi medicinali in differenti forme farmaceutiche e dosaggi);

Dexamfetamine o Dextroamphetamine (registrato in alcuni Paesi Europei e in USA; i medicinali sono Dexedrine e Dextrostat).

Nel 2007 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito il Registro Nazionale ADHD, ai fini della prescrizione dei farmaci.

I Centri di riferimento, individuati da ogni Regione, sono tenuti a trasmettere all'ISS i dati previsti dal «Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il Registro Nazionale ADHD».

Il programma è finalizzato al monitoraggio e all'accuratezza diagnostica dell'ADHD e all'appropriatezza prescrittiva dell'eventuale terapia farmacologica.

Il Registro rappresenta il primo esempio di rete nazionale formale in neuropsichiatria infantile. La creazione di un «network» nazionale che include servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, pediatri di famiglia, centri ospedalieri, universitari, eccetera, può essere considerata un successo.

Il Registro, in base ai dati preliminari disponibili, permette di valutare:

appropriatezza dei criteri diagnostici e delle modalità con cui viene fatta la diagnosi;

interventi multimodali: tipologia, modalità di erogazione, numero;

efficacia del trattamento multi-modale;

eventi avversi: incidenza, gravità, profilo beneficio/rischio dei farmaci.

L'AIFA sottolinea che la prescrizione farmacologica viene considerata appropriata ove sia effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace, nonché nell'ambito delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento).

È dunque all'interno di tali confini che occorre svolgere ogni valutazione in merito alla correttezza della condotta tenuta dagli operatori sanitari.

Per gli aspetti di propria competenza, il Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca ha precisato che stanno per essere attivati « Master » e Corsi di perfezionamento in Didattica e Psicopedagogia per alunni con ADHD nelle seguenti Università:

Università di Bergamo;

Università di Padova;

Università di Perugia;

Università LUMSA di Roma;

Università « Suor Orsola Benincasa »
– sede di Napoli;

Università della Basilicata – sede di Potenza;

Università « Aldo Moro » – Bari.

Il piano di studi tiene conto della pluralità di approcci anche in campo clinico (con o senza trattamento farmacologico), ma si incentra sugli aspetti pedagogici e didattici.

Inoltre, presso il Ministero è stato costituito un Comitato Tecnico-Scientifico sui temi della disabilità, dei disturbi specifici di apprendimento e dei disturbi evolutivi specifici. Il Comitato ha elaborato i piani di studio su varie tipologie di disabilità, tra cui i disturbi da *deficit* di attenzione/iperattività.

Per quanto riguarda la situazione di Merano, secondo quanto riportato dalla Prefettura di Bolzano, l'Assessore provinciale alla sanità ha precisato che, nell'anno 2010, nel comprensorio sanitario di Merano, sono stati sottoposti a cure con psicofarmaci 52 minori e non 160 come indicato nell'interrogazione parlamentare in esame.

L'Assessore ha segnalato, inoltre, che al fine di rispondere in modo adeguato a disturbi che interessano ormai un bambino su 4 ed un giovane su 3 – secondo i dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – è stata istituita, in Provincia di Bolzano, una fitta rete di assistenza socio-sanitaria, che è operativa dal 2012.

In Alto Adige, al 5 per cento dei bambini con indicazione scientificamente valida e clinicamente indicata vengono prescritti psicofarmaci.

L'Assessore ha rappresentato, altresì, che il numero degli adolescenti con ADHD medicalizzati del Comprensorio sanitario di Merano corrisponde a quanto riportato nei rapporti OMS per le realtà con lo stesso bacino di utenza e, complessivamente, solo 2 su 1000 bambini/adolescenti vengono trattati con psicofarmaci, mentre in Germania, Svizzera e Austria sono almeno 16 ogni 1000, con ciò escludendo ogni ipotesi di sovra-diagnosi e/o sovra-medicalizzazione in Alto Adige e a Merano in particolare.

Al fine di garantire un impiego adeguato, sicuro e controllato degli psicofarmaci nei bambini e negli adolescenti, la Ripartizione Sanità della Provincia Autonoma applica un protocollo che definisce le condizioni e le modalità di prescrizione

e prelievo a carico del Servizio Sanitario Nazionale di farmaci a base di metilfenidato e atomoxetina.

Il ricorso ai farmaci in argomento è sottoposto ad un'attenta attività di vigilanza da parte del coordinatore per la Psichiatria Infantile e l'Adolescenza in Alto Adige, al fine di garantire un uso adeguato, sicuro e controllato degli psicofarmaci, sulla base di una chiara diagnosi, della presa in carico del paziente, della realizzazione di un piano di trattamento caratterizzato da controlli periodici e dal trasferimento dei dati del

protocollo diagnostico e di trattamento nel Registro ADHD tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda i minori separati dalle famiglie, l'Assessore ha comunicato che nella Provincia di Bolzano, al 31 dicembre 2012, 294 bambini risultano collocati a tempo pieno presso strutture residenziali o in affidamento familiare, di cui 115 presso comunità alloggio, 15 presso comunità di tipo familiare/casa famiglia, 33 presso residenze assistite, 3 presso l'istituto provinciale di assistenza per l'infanzia e 128 in affido familiare.

ALLEGATO 4

5-01295 Murer: Profili professionali dei medici operanti nelle reti per le cure palliative.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come ricordato nell'interrogazione parlamentare in esame, la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante « Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore », tutela e garantisce, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore da parte del malato.

Grazie a tale intervento legislativo è stato compiuto un passo importante per la tutela della salute in Italia, in quanto è stato sancito il dovere etico di offrire al cittadino il diritto ad essere curato ed alleviato dal dolore, indipendentemente dall'età, dal tipo di malattia, dal luogo di vita, dalla famiglia di appartenenza e dalla condizione economica.

In tale contesto la rete delle cure palliative è finalizzata a garantire la continuità assistenziale del malato, mediante l'integrazione tra strutture ospedaliere ed assistenza domiciliare, ed è costituita dall'insieme sia delle strutture sanitarie, ospedaliere e assistenziali, sia delle figure professionali sia degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle Regioni e nelle Province Autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative e al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, nonché al supporto dei malati e dei loro familiari.

Al fine dell'attivazione, in modo uniforme, nel territorio nazionale della rete, si è reso necessario istituire la disciplina delle « cure palliative » e definire le categorie di professionisti che operano nella stessa disciplina.

In particolare, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della

legge n. 38 del 2010, è stata elaborata una proposta di Accordo Stato-Regioni avente ad oggetto l'individuazione delle figure professionali aventi specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica.

Invero, tale disposizione già individuava un elenco di figure professionali che, pertanto, non potevano che essere incluse nel citato Accordo.

Di conseguenza, l'ambito di intervento di questo Ministero è risultato circoscritto all'individuazione di quelle figure professionali che, ancorché non previste dal citato articolo 5, sono state ritenute necessarie per lo svolgimento delle attività previste dalla norma.

Al riguardo, l'articolo 2 della legge n. 38 del 2010, stabilisce in maniera puntuale gli ambiti di intervento, fornendo la definizione di « cure palliative », « terapia del dolore », « malato » e le modalità di erogazione delle prestazioni, sia per le cure palliative sia per la terapia del dolore.

Pertanto, in linea con quanto disposto dalla normativa sono state individuate le figure professionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, anche per l'età pediatrica.

In occasione della seduta tecnica della Conferenza Stato-Regioni del 9 ottobre 2013, la bozza di articolato dell'Accordo è stata oggetto di disamina e di condivisione da parte delle Amministrazioni interessate.

Tuttavia costituiva un elemento ostativo al perfezionamento del citato Accordo l'esclusione di quei medici, sprovvisti di

specializzazione, che tuttavia hanno prestato servizio nelle reti regionali di cure palliative.

La problematica di tale specifica categoria di medici che prestano servizio nelle reti regionali di cure palliative senza essere in possesso di una specializzazione ha richiesto un preciso intervento normativo, attuatosi con l'articolo 1, comma 425, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014), ove è disposto che: « Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro

della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Da ultimo, si comunica che in data del 30 gennaio 2014, è stata sottoposta alle valutazioni del Ministro della salute la proposta di Accordo Stato-Regioni avente ad oggetto l'individuazione delle figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, modificata secondo quanto previsto dalla legge n. 147 del 2013, affinché, ove nulla osti, sia successivamente inoltrata alla Conferenza per i Rapporti Permanenti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome per essere discussa nella prima seduta utile.

ALLEGATO 5

5-01609 Binetti: Iniziative per la tutela delle condizioni di salute dei migranti.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Al fine di garantire il proprio costante contributo alle attività intraprese per fronteggiare le difficoltà derivanti dal flusso dei migranti, il Ministero della salute, avvalendosi degli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF, ha messo in atto iniziative per garantire adeguati canali di comunicazioni tra le Amministrazioni coinvolte, a vario titolo, nella gestione dei flussi migratori irregolari.

Ciò sia ai fini di tutela della sanità pubblica che per la tutela della salute e sicurezza individuale delle persone che arrivano in Italia attraverso canali irregolari di migrazione.

Oltre all'impegno attivo degli USMAF, che partecipano con il proprio personale medico e tecnico-sanitario alla valutazione delle condizioni di salute dei migranti irregolari, il Ministero della salute è particolarmente interessato al mantenimento di adeguate condizioni igieniche ed alla realizzazione di appropriate misure di prevenzione sanitaria, a partire dalla sorveglianza delle patologie trasmissibili, soprattutto alla luce della recente circolazione di poliovirus selvaggi in talune zone di partenza dei più recenti flussi migratori.

La gestione dei Centri di accoglienza per gli immigrati, siano essi i Centri di Primo Soccorso e Accoglienza (CPSA), ovvero i Centri di Accoglienza per i Richiedenti Asilo (CARA), o anche Centri temporanei afferenti alla rete del Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) attivati in risposta ad arrivi particolarmente massicci e concentrati nel

tempo, fino ad arrivare ai Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE), fa capo al Ministero dell'interno.

Allo scopo di mantenere e migliorare il flusso di comunicazione tra gli organi territoriali del Ministero dell'interno, gli enti gestori dei suddetti Centri per immigrati e le strutture del Servizio sanitario nazionale, è stata accolta con molto favore la proposta, avanzata dal rappresentante del Dipartimento delle Libertà Civili e dell'immigrazione del Ministero dell'interno nel corso di una riunione tenutasi presso il Ministero della salute in data 14 novembre 2013, di inviare una lettera ai Prefetti ed ai Commissari di Governo, nella quale si chiede di comunicare, agli Assessorati regionali competenti in materia sanitaria ed alla Direzione Generale della Prevenzione di questo Ministero, i recapiti dei responsabili delle strutture di accoglienza e l'esatta ubicazione delle stesse (anche di quelle a carattere temporaneo).

Una indicazione del genere, non appena concretizzata, potrà facilitare l'efficienza e la continuità dei flussi informativi tra i Centri per immigrati e le strutture sanitarie, a beneficio non solo della salute degli ospiti dei Centri, ma anche della popolazione in generale, nonché consentirà la messa in atto di adeguate misure di prevenzione, a partire da quella vaccinale.

In aggiunta a ciò, è intenzione di questo Ministero procedere rapidamente alla ricostituzione del Gruppo di lavoro che, nel 2012, aveva prodotto, con il concorso di tutte le Amministrazioni partecipanti, il documento di « Raccomandazioni operative per la gestione sanitaria di nuovi

fenomeni migratori », inviato formalmente agli Assessorati regionali alla Sanità delle Regioni e Province Autonome in data 5 novembre 2012, la cui applicazione ricade nella responsabilità delle Autorità sanitarie locali e delle articolazioni periferiche del Ministero dell'interno, sia per procedere alla stesura di nuove raccomandazioni sia per monitorare l'applicazione delle precedenti.

Inoltre, al fine di rafforzare la capacità di risposta tempestiva ed efficiente alle emergenze sanitarie legate agli aumentati flussi migratori, il Ministero della salute sostiene finanziariamente alcune attività progettuali in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (OIM).

Il progetto triennale dell'OMS prevede lo sviluppo delle seguenti attività:

creazione di un « *data-base* » in tema di sanità pubblica e migrazioni;

stesura di linee guida basate sull'esperienza maturata, soprattutto nel territorio italiano, ma anche in altri Paesi con una esposizione simile ai flussi migratori;

istituzione di un osservatorio su « salute e migrazioni »;

disseminazione e condivisione delle conoscenze e delle esperienze maturate, anche con aspetti formativi e di « *capacity building* »;

definizione di un programma a lungo termine da parte dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

Il Progetto « *EQUI-Health* », coordinato dall'Ufficio regionale OIM per l'Europa, ha l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili (richiedenti asilo e irregolari), nonché la popolazione Rom e le minoranze etniche.

In particolare, il Progetto prevede la promozione dell'integrazione socio-sanitaria per i migranti giunti nei Paesi membri UE del Mediterraneo (Italia, Malta, Spagna, Grecia, Croazia).

A tal fine, attraverso apposite visite sul campo, a cui questo Ministero ha partecipato sia in Sicilia che a Malta, è stata avviata l'analisi sulle condizioni di rischio di salute e sulle relative buone pratiche esistenti per rispondere alle istanze dei migranti che vengono accolti nel Mediterraneo.

Si è avviato anche un dialogo multisettoriale, a livello nazionale e regionale tra le istituzioni e la società civile, sui meccanismi di coordinamento nazionale.

Sono state programmate per il 2014 specifiche azioni di formazione per gli operatori sanitari, in particolare in Sicilia, finalizzate anche al superamento delle barriere interculturali che condizionano fortemente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari per la popolazione migrante.