

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Disposizioni in materia di agricoltura sociale. Testo unificato C. 303 Fiorio e abb. (Parere alla XIII Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i>)	276
ALLEGATO 1 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	286
DL 90/2014: Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari. C. 2486 Governo (Parere alla I Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>)	277

INTERROGAZIONI:

5-01824 Grillo: Utilizzo della tessera sanitaria per archiviare i dati sull'esposizione alle radiazioni ionizzanti durante gli esami radiologici	284
ALLEGATO 2 (<i>Testo della risposta</i>)	287
5-01878 Covello: Interventi urgenti per far fronte alle criticità in cui versa l'ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza	284
ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>)	289
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	285
AVVERTENZA	285

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 2 luglio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU indi del vicepresidente Daniela SBROLLINI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.45.

Disposizioni in materia di agricoltura sociale.

Testo unificato C. 303 Fiorio e abb.

(Parere alla XIII Commissione).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 1° luglio 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione è convocata per il seguito dell'esame del nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 303 Fiorio e abbinate « Disposizioni in materia di agricoltura sociale », per il parere alla XIII Commissione (Agricoltura).

Ricorda, altresì, che nella seduta di ieri, il relatore Fossati ha svolto la relazione ed è iniziato il dibattito.

Chiede, pertanto, se ci siano altri colleghi che desiderano intervenire, altrimenti l'on. Fossati illustrerà la proposta di parere predisposta.

Filippo FOSSATI (PD), *relatore*, illustra una proposta di parere favorevole con due osservazioni (*vedi allegato 1*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, osserva che il parere predisposto dal relatore recepisce molti degli spunti emersi nel corso dell'ampio dibattito svolto nella seduta precedente. Auspica pertanto un'ampia condivisione del lavoro svolto dal relatore da parte della Commissione.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

DL 90/2014: Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.

C. 2486 Governo.

(Parere alla I Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione è convocata per l'espressione, in sede consultiva, del parere alla I Commissione Affari costituzionali sul disegno di legge C. 2486, di conversione del decreto-legge n. 90 del 2014, recante misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari sociale.

Ricorda, altresì, che il termine degli emendamenti è stato fissato dalla I Commissione a giovedì 11 luglio, alle ore 16.

Pertanto se la XII Commissione intende esprimere un parere prima di tale termine, l'esame in sede consultiva dovrà concludersi entro la giornata di mercoledì 10 luglio.

Dà, quindi, la parola, al relatore Gelli per lo svolgimento della relazione.

Federico GELLI (PD), *relatore*, ricorda che la XII Commissione è chiamata ad esprimere il parere sulle parti competenza del DL n. 90/2014, assegnato in sede referente alla I Commissione Affari costituzionali. Il testo si compone nel complesso di 53 articoli, solo alcuni dei quali incidenti su materie di interesse della Commissione.

Per quanto di competenza della Commissione Affari sociali segnala le seguenti disposizioni.

L'articolo 1 detta norme per favorire il ricambio generazionale nelle pubbliche amministrazioni, disponendo l'abrogazione dell'istituto del trattenimento in servizio e l'ampliamento dell'ambito applicativo dell'istituto della risoluzione unilaterale del contratto da parte della P.A. nei confronti dei dipendenti che abbiano maturato i requisiti pensionistici (requisito contributivo).

Il comma 1, poi, abroga tutte le disposizioni che disciplinano l'istituto del trattenimento in servizio.

Il comma 2 detta la disciplina transitoria, prevedendo che i trattenimenti in servizio in essere alla data di entrata in vigore del decreto-legge sono fatti salvi fino al 31 ottobre 2014 (o fino alla loro scadenza, se anteriore), mentre i trattenimenti in servizio disposti ma non ancora efficaci alla data di entrata in vigore del decreto-legge sono revocati.

Per quanto di competenza della Commissione Affari sociali, fa presente che il comma 5 amplia l'ambito applicativo dell'istituto della risoluzione unilaterale del contratto da parte della P.A. nei confronti dei dipendenti che abbiano maturato i requisiti pensionistici, estendendolo al personale delle autorità indipendenti e ai dirigenti medici responsabili di struttura complessa, con riferimento ai soggetti che maturano i requisiti pensionistici a decorrere dal 1° gennaio 2012.

Finora, la risoluzione unilaterale del contratto da parte della P.A. nei confronti dei dipendenti in possesso del requisito contributivo è stata disciplinata in via sperimentale, fino 31 dicembre 2014, dall'articolo 72 del decreto-legge n. 112 del 2008. Tale norma, nel riconoscere la facoltà per la PA di risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro per il personale dipendente che avesse maturato l'anzianità massima contributiva di 40 anni – aumentata ai sensi dell'articolo 24 del decreto-legge n. 201 del 2011 cd. « riforma Fornero » a 42 anni e 3 mesi –, la aveva

esclusa per i magistrati, i professori universitari e i dirigenti medici responsabili di struttura complessa.

Segnala, quindi, che ai sensi del comma in esame, mentre i magistrati e i professori universitari restano esclusi, i dirigenti medici responsabili di struttura complessa sono ricompresi nell'ambito di applicazione della norma.

Ritiene importante ricordare, infine, che l'applicazione dell'istituto della risoluzione unilaterale del contratto da parte della P.A. nei confronti dei dipendenti che abbiano maturato i requisiti pensionistici è attualmente prevista per il triennio 2012-2014, per cui in assenza di ulteriori interventi legislativi volti a prorogarne l'efficacia, a decorrere dal 1° gennaio 2015 le P.A. non potranno più procedere a risoluzioni unilaterali dei contratti nei confronti dei dipendenti che abbiano maturato i requisiti pensionistici.

Fa presente, poi, che l'articolo 11 modifica il sistema di conferimento di incarichi dirigenziali a tempo determinato negli enti locali (commi 1 e 2), nelle regioni e negli enti e nelle aziende del Servizio sanitario nazionale con riferimento alla dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa (comma 3). Si interviene, inoltre, sugli uffici di supporto degli organi di direzione politica degli enti locali (comma 4).

In sintesi, i commi 1 e 2 aumentano dal 10 al 30 per cento dei posti della pianta organica la quota massima di incarichi dirigenziali che gli enti locali possono conferire mediante contratti a tempo determinato. A bilanciamento di tale ampliamento, viene introdotto l'obbligo di selezione pubblica anche per tali incarichi. Sul punto, ricorda che, per giurisprudenza consolidata, le deroghe legislative al principio secondo cui agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, seppure previste espressamente dallo stesso articolo 97, c. 3, Cost., sono sottoposte al sindacato di legittimità costituzionale. In particolare, in base alla giurisprudenza costituzionale, « l'area delle eccezioni » al concorso deve essere « delimitata in modo rigoroso ». Le deroghe, cioè, sono legittime solo in presenza di

« peculiari e straordinarie esigenze di interesse pubblico » idonee a giustificarle. In altre parole, la deroga al principio del concorso pubblico deve essere essa stessa funzionale alle esigenze di buon andamento dell'amministrazione.

Osserva, poi, che tornando al comma 3, d'interesse specifico della Commissione, la disposizione fissa al 10 per cento il limite massimo dei posti di dotazione organica ricopribili tramite assunzioni a tempo determinato per la dirigenza regionale e per la dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale.

Anche in questo caso si prevede un ampliamento consistente rispetto alla normativa previgente, fissata dall'articolo 15-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992, recentemente modificato dal decreto legge n. 158 del 2012 (cd. decreto Balduzzi). Tale disposizione, al comma 1, consente la stipula di contratti a tempo determinato, entro i limiti del 2 per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa. Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico. Al comma 2, invece l'articolo 15-septies si riferisce esclusivamente ad incarichi conferibili alla dirigenza sanitaria (con esclusione della dirigenza medica), professionale, tecnica e amministrativa. In questo caso, il numero degli incarichi conferiti non può superare il limite del 5 per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria (ad esclusione della dirigenza medica), professionale, tecnica e amministrativa. Anche in questo caso gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale.

Per quanto attiene all'articolo 12 fa presente che, in via sperimentale, per il biennio 2014-2015, è istituito un apposito Fondo destinato a reintegrare l'INAIL dell'onere della copertura assicurativa contro le malattie e gli infortuni (nel limite di spesa di 10 milioni di euro) in favore dei soggetti beneficiari di misure di sostegno al reddito che svolgano attività di volontariato a beneficio delle comunità locali.

L'articolo 15 reca disposizioni relative alla riduzione della durata dei corsi delle scuole di specializzazione medica, alle risorse per il trattamento economico da riconoscere agli specializzandi e al contributo per la partecipazione alle prove di ammissione.

In particolare, il comma 1 specifica che la riduzione della durata dei corsi delle scuole di specializzazione medica – da disporre con un decreto interministeriale che doveva essere emanato entro il 31 marzo 2014 e che al momento non è ancora intervenuto – si applica a decorrere dall'anno accademico 2014-2015. A tal fine, novella il primo periodo dell'articolo 20, comma 3-ter, del decreto legislativo n. 368 del 1999. Non si registrano sostanziali variazioni rispetto alla formulazione previgente, che faceva riferimento all'anno accademico successivo all'emanazione del decreto.

Segnala, tuttavia, che, a differenza della formulazione previgente, l'attuale imporrà un nuovo intervento legislativo qualora il decreto interministeriale non dovesse intervenire in tempo utile per l'avvio dell'anno accademico 2014-2015.

Come già evidenziato, il decreto, che doveva essere emanato entro il 31 marzo 2014, non è ancora intervenuto. Al riguardo ricorda che l'articolo 20, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 368 del 1999 ha previsto che con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, la durata dei corsi di formazione specialistica è ridotta rispetto agli attuali 5 o 6 anni, rispettando i limiti minimi previsti dalla normativa europea in materia, e si riorganizzano le classi e le tipologie di corsi di specializzazione medica. Ha, altresì, previsto che eventuali risparmi derivanti dalla riorganizzazione sono destinati all'incremento dei contratti di formazione specialistica.

Inoltre, il comma 3-ter dell'articolo 20 del decreto legislativo n. 368 del 1999 ha disposto che la durata dei corsi di formazione specialistica si applica agli specializzandi che nell'anno accademico successivo all'emanazione del medesimo decreto

sono immatricolati al primo anno di corso (primo periodo). Per gli specializzandi che nel medesimo anno sono iscritti al secondo o al terzo anno di corso, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca provvede, con decreto, ad adeguare l'ordinamento didattico alla nuova durata così. Per gli specializzandi che nel medesimo anno accademico sono iscritti al quarto o successivo anno di corso, resta valido l'ordinamento previgente (secondo e terzo periodo).

Ricorda, poi, che il comma 2 autorizza l'ulteriore spesa di 6 milioni di euro per il 2014, 40 milioni di euro per il 2015 e 1,8 milioni di euro per il 2016 per la formazione dei medici specialisti. Va infatti ricordato che la legge di stabilità per il 2014 (legge n. 147 del 2013) ha autorizzato per le medesime finalità la spesa di 30 milioni di euro per l'anno 2014 e di 50 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

La relazione illustrativa evidenzia che con le risorse disponibili, al netto dell'incremento disposto, per il prossimo anno accademico potrebbero essere finanziati circa 3.300 contratti, mentre con le risorse aggiuntive si garantisce la copertura di 5.000 contratti. Considerato che nei prossimi dieci anni sono attesi circa 100.000 pensionamenti tra i medici specialisti, preparare il ricambio attraverso la formazione dei giovani specializzandi appare funzionale al mantenimento della qualità della sanità pubblica.

Al relativo onere si provvede per il 2014 utilizzando quota parte delle entrate derivanti dalle contabilità speciali scolastiche non più alimentate dal 1° gennaio 2013, per il 2015 mediante riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica e, per il 2016, mediante riduzione del Fondo per il finanziamento ordinario delle università.

Fa presente, poi, che il comma 3 prevede che anche per la partecipazione alle prove di ammissione alle scuole di specializzazione medica è dovuto dai candidati un diritto di segreteria, nella misura massima di 100 euro. Le corrispondenti entrate sono versate all'entrata del bilancio

dello Stato per essere riassegnate al MIUR per la copertura degli oneri connessi alle prove di ammissione.

L'articolo 25 contiene misure di semplificazione in materia di invalidità civile e disabilità. Le disposizioni sono finalizzate all'eliminazione di inutili duplicazioni e alla riduzione dei tempi di risposta della pubblica amministrazione.

Segnala che l'intervento di semplificazione riguarda le procedure per la revisione, il rinnovo o l'estensione della patente di guida richiesta dai mutilati e minorati fisici (commi 1 e 2); la regolamentazione della sosta/parcheggio degli invalidi muniti di specifico contrassegno (comma 3); lo snellimento delle procedure per l'accertamento della permanenza della minorazione civile o della disabilità con riduzione dei termini obbligatori entro i quali effettuare le visite di accertamento ordinarie e provvisorie e ampliamento delle fattispecie per cui possono essere effettuati gli accertamenti provvisori (comma 4); la garanzia per il disabile o l'invalido civile della continuità dell'erogazione delle provvidenze economiche nel momento del passaggio dalla minore alla maggiore età (commi 5 e 6); l'esclusione, per i soggetti affetti dalle menomazioni o dalle patologie stabilizzate o ingravescenti elencate nel decreto ministeriale 2 agosto 2007, dalle visite INPS di verifica della permanenza dello stato invalidante (commi 7 e 8); la facoltà per la persona disabile affetta da invalidità uguale o superiore all'80 per cento di non sostenere la prova preselettiva eventualmente prevista per le prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni (comma 9).

Più in particolare, fa presente che il comma 1 modifica la composizione delle Commissioni mediche locali costituite presso le unità sanitarie di ogni capoluogo di provincia con il compito di accertare i requisiti fisici e psichici in caso di revisione o rinnovo della patente di guida richiesta da mutilati e minorati fisici per minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale. Finora, in questi casi, la composizione

della commissione veniva integrata con un medico appartenente ai servizi territoriali della riabilitazione, nonché con un dipendente della Direzione generale della motorizzazione del Dipartimento per i trasporti, appartenente ad uno dei profili per i quali è richiesta la laurea in ingegneria.

La disposizione in esame aggiunge ai componenti della Commissione anche un rappresentante designato dalle Associazioni di persone con invalidità, esperto in materia, che partecipa ai lavori della Commissione a titolo gratuito. L'intervento legislativo interviene integrando l'articolo 330, comma 5, del Regolamento di attuazione e di esecuzione del Nuovo Codice della strada (decreto del Presidente della Repubblica 495/1992).

Il comma 2 semplifica le procedure relative al rinnovo della patente di guida per i mutilati e i minorati. Ricorda che le patenti speciali rilasciate ai mutilati ed ai minorati fisici prevedono termini di rinnovo inferiori rispetto a quelli delle patenti ordinarie: cinque anni, anziché dieci, ridotti a tre a partire dal settantesimo anno di età. Il rinnovo è subordinato all'accertamento dei requisiti fisici e psichici del conducente, effettuato dalle commissioni mediche locali.

La nuova disposizione prevede che i rinnovi della patente di guida possano essere effettuati secondo le ordinarie procedure, cioè dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale e con la durata normalmente prevista per le diverse categorie. La norma prevede che ciò possa avvenire qualora le Commissioni mediche legali, all'esito della visita di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida da parte di mutilati e minorati, certifichino che il conducente presenta situazioni di mutilazione o minorazione fisica stabilizzate e non suscettibili di aggravamento, e in assenza di modifica delle prescrizioni o delle limitazioni in atto.

Il comma 3 modifica la disciplina dedicata alla sosta degli invalidi muniti di specifico contrassegno. L'intervento di

semplificazione obbliga i comuni a lasciare a disposizione degli invalidi muniti di contrassegno un numero di posti per la sosta gratuita superiore al limite minimo di un 1 posto ogni 50 o frazione di 50 posti disponibili, anche nell'ambito delle aree destinate al parcheggio a pagamento gestite in concessione. Visto l'incremento di posti disponibili per la sosta dei disabili che dovrebbe crearsi, passa invece da obbligatorio a facoltativo la decisione dei comuni di rendere gratuita, per gli invalidi muniti di contrassegno, la sosta nei parcheggi a pagamento qualora i posti singoli a loro riservati fossero occupati o indisponibili.

Il comma 4 snellisce le procedure per l'accertamento della permanenza della minorazione civile o della disabilità con riduzione dei termini obbligatori entro i quali effettuare le visite di accertamento ordinarie e provvisorie e ampliamento delle fattispecie per cui possono essere effettuati gli accertamenti provvisori.

In particolare la lettera *a)* porta da 90 a 45 giorni, il termine entro il quale gli accertamenti di invalidità, se non effettuati dalla Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità, possono essere effettuati, in via provvisoria, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'unità sanitaria locale da cui è assistito l'interessato.

La lettera *b)* abbassa da 180 a 90 giorni il termine entro il quale le Commissioni mediche devono esprimersi in merito agli accertamenti relativi alla minorazione e alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua di cui all'articolo 4 della legge n. 104 del 1992. Infine la lettera *c)* specifica che, ai fini delle agevolazioni lavorative previste dagli articoli 21 e 33 della legge 104/1992, e dall'articolo 42 del D.Lgs. n.151 del 2001, la Commissione medica competente, previa richiesta motivata dell'interessato, è autorizzata a rilasciare un certificato provvisorio al termine della visita. Il certificato provvisorio produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della Commissione medica dell'INPS.

Il comma 5 garantisce il riconoscimento provvisorio, ai minori già titolari di indennità di frequenza, delle prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni. La domanda in via amministrativa deve essere presentata entro i sei mesi antecedenti il compimento della maggiore età. Rimane fermo, al raggiungimento della maggiore età, l'accertamento delle condizioni sanitarie e degli altri requisiti previsti dalla normativa di settore.

Il comma 6 garantisce, nel passaggio dalla minore alla maggiore età, la continuità dell'erogazione delle prestazioni di invalidità civile. Ferma restando la sussistenza degli altri requisiti previsti dalla normativa di settore, previa domanda in via amministrativa e senza ulteriori accertamenti sanitari, le prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni sono direttamente attribuite ai minori titolari di: indennità di accompagnamento per invalidi civili, indennità di accompagnamento per ciechi civili, indennità di comunicazione e indennità di accompagnamento o di comunicazione erogata ai soggetti affetti da una delle patologie indicate nel Decreto del Ministero dell'economia 2 agosto 2007 (inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide o da sindrome di Down) riconosciuti dalle Commissioni mediche.

Il comma 7 esclude dalle visite INPS di verifica della permanenza dello stato invalidante i soggetti affetti da una delle patologie indicate nel Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 agosto 2007 (inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide o da sindrome di Down), per i quali gli uffici competenti abbiano già accertato l'esistenza della patologia.

Sopprimendo il primo periodo del comma 2 dell'articolo 97, Interventi a favore dei cittadini affetti dal morbo di Hansen e dalla sindrome di Down nonché disabili, della legge finanziaria 2001 (legge 388 del 2000), il comma 8 lascia al solo D. M. 2 agosto 2007 l'individuazione delle patologie e delle menomazioni per le quali non sono richieste le visite mediche periodiche di accertamento della disabilità. Il

decreto ministeriale del 2007 indica anche la documentazione sanitaria idonea a comprovare la minorazione.

Il comma 9 stabilisce che la persona affetta da invalidità uguale o superiore all'80 per cento non è tenuta a sostenere la prova preselettiva eventualmente prevista per le prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni.

L'articolo 26 semplifica le procedure prescrittive dei medicinali utilizzati per il trattamento delle patologie croniche e delle malattie rare. L'intervento di semplificazione è attuato attraverso modificando il DL n. 347 del 2001 «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria».

Ricorda che attualmente, ai fini dell'esenzione, sono individuate 56 malattie e condizioni croniche ed invalidanti, esenti ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999, e 284 malattie e 47 gruppi di malattie rare, esenti ai sensi del decreto ministeriale n. 279 del 2001. Finora, il numero massimo di confezioni per ricetta (a favore degli esenti per malattia) era pari a tre, e comunque la prescrizione non poteva superare i 60 giorni di terapia. La prescrizione fino a sei pezzi per ricetta (pluriprescrizione) era consentita soltanto per i medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, i medicinali a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica e i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi. Un ulteriore intervento di semplificazione in materia è stato stabilito dall'articolo 4 del decreto legge n.5 del 2012 «Semplifica Italia» che ha reso molto più snella, per malati cronici e i disabili, la procedura per i rinnovi degli attestati di esenzione dal *ticket*.

La nuova disposizione stabilisce che, in attesa della sostituzione, sull'intero territorio nazionale, della ricetta cartacea con la ricetta elettronica, il medico può prescrivere fino ad un massimo di sei confezioni, per ricetta, di medicinali da utilizzare per le patologie croniche e per le malattie rare. I farmaci prescritti devono essere utilizzati dal paziente da almeno sei

mesi. La durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia.

L'articolo 27 detta alcune modifiche a disposizioni vigenti in ambito sanitario.

Il comma 1 modifica la recente disciplina in materia di responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie. In particolare vengono modificate alcune delle norme relative al Fondo assicurativo istituito a garanzia delle professioni sanitarie. Viene inoltre ribadito che l'obbligo di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, non trova applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale.

L'intervento legislativo è attuato con una modifica all'articolo 3 del decreto legge n. 158 del 2012 (cd. decreto Balduzzi) che ha posto l'assicurazione obbligatoria in capo all'esercente le professioni sanitarie.

Il comma 1, lettere a) e b), modifica l'articolo 3 del decreto-legge n. 158 del 2012 proprio nella parte dedicata al contenuto minimo e ai requisiti delle polizze assicurative. In particolare: la copertura assicurativa è contenuta nei limiti delle risorse del Fondo – anche per assicurare il rispetto della clausola di invarianza degli oneri finanziari di cui al comma 6 dell'articolo 3 del decreto-legge n. 158 del 2012; la misura del contributo dei professionisti al finanziamento del fondo è determinata dal soggetto gestore del fondo anziché, come attualmente previsto, in sede di contrattazione collettiva. A tale proposito la relazione illustrativa sottolinea che il ricorso alla contrattazione collettiva potrebbe allungare sensibilmente i tempi di emanazione del regolamento di attuazione, con il rischio che il mancato accordo delle OOSS interessate finisca per rendere inapplicabile il decreto.

La lettera c) interviene sul comma 4 dell'articolo 3 del decreto-legge n. 158 del 2012 il quale già prevedeva l'esclusione, a carico degli enti del SSN, di qualsiasi copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista,

per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente. Con l'integrazione proposta dalla lettera in esame viene ribadito che l'obbligo per qualunque professionista di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, non trova applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale. Conseguentemente, decade l'obbligo per gli esercenti sanitari dipendenti del SSN di sottoscrivere una polizza di Responsabilità Civile Professionale entro il termine ultimo del 15 agosto 2014.

Il comma 2, semplifica le procedure necessarie per la realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie. Il comune non dovrà più acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione; verifica da effettuarsi in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

L'intervento legislativo è attuato mediante la soppressione del comma 3 dell'articolo 8-ter del D.Lgs. n. 502 del 1992.

I commi 3 e 4 incidono sulla composizione del Consiglio superiore di sanità, di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, allo scopo di operarne un'ulteriore razionalizzazione, riducendo da quaranta a trenta i componenti non di diritto dell'organo (comma 3).

Viene poi contestualmente previsto (comma 4) che, al trentesimo giorno dalla data di entrata in vigore del decreto in esame, tutti i componenti in carica del Consiglio decadano automaticamente e che con decreto del Ministro della salute l'organo venga ricostituito nella nuova composizione prevista.

Ileana ARGENTIN (PD) chiede al relatore chiarimenti in ordine alla nomina dei rappresentanti delle associazioni di persone con invalidità nelle commissioni me-

diche locali, sottolineando che spesso hanno interessi economici al riguardo, e circa la possibilità di estendere la semplificazione anche per la prescrizione di medicinali diversi rispetto a quelli per le patologie croniche, ad esempio di medicinali sperimentali dispensati dalle ASL.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (PD) ringrazia il relatore per la relazione puntuale e precisa che riguarda un provvedimento che incide notevolmente sul mondo della sanità. Ritiene che le norme sul trattenimento in servizio presentino una forte carica moralizzatrice ed auspica che il Governo mantenga il punto su questo aspetto e favorisca il ricambio generazionale. Sollecita però un'attenzione particolare rispetto alle regioni sottoposte ai piani di rientro per evitare che il blocco del *turnover* impedisca il ricambio soprattutto in relazione alle necessarie figure di coordinamento.

Nel sottolineare che occorre una modifica dei criteri di selezione per l'accesso alle facoltà di medicina, come prospettato anche dal Ministro Giannini, senza perdere il necessario rigore, invita ad un revisione attenta dei programmi di studio delle scuole di specializzazione in relazione alla prospettata decisa riduzione degli anni di corso, anche attraverso un aggiornamento degli ambiti di specializzazione. Invita a non procedere ad un incremento elevato delle spese amministrative a carico degli studenti.

Riconosce un intento moralizzatore anche alle semplificazioni per i soggetti con invalidità, ricordando in proposito le numerose battaglie condotte nel corso degli anni dalla Commissione affari sociali per contrastare pratiche umilianti per chi è vittima di menomazioni o patologie irreversibili.

Daniela SBROLLINI (PD) *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.35.

INTERROGAZIONI

Mercoledì 2 luglio 2014. — Presidenza del Vicepresidente Daniela SBROLLINI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

5-01824 Grillo: Utilizzo della tessera sanitaria per archiviare i dati sull'esposizione alle radiazioni ionizzanti durante gli esami radiologici.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Giulia GRILLO (M5S), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta delle risposte, manifestando apprezzamento per la conferma delle notizie in circolazione circa l'attivazione di un tavolo tecnico dell'area radiologica. Chiarisce che l'interrogazione si prefigge anche lo scopo di sottolineare la centralità di un uso appropriato delle indagini radiologiche per non pregiudicare la tutela della salute, in particolare in relazione a specifiche patologie, e non effettuare uno spreco di risorse.

Stigmatizza in proposito la diffusa pratica, in contrasto con la normativa vigente, dell'effettuazione di esami radiologici nelle strutture di pronto soccorso in assenza del medico radiologo con inerenti rischi per i pazienti. Auspica una rapida conclusione dei lavori del tavolo tecnico menzionato dal rappresentante del Governo e che i suoi lavori possano concludersi con indicazioni di pratica attuazione anche in presenza di una scarsità di risorse umane e finanziarie.

5-01878 Covello: Interventi urgenti per far fronte alle criticità in cui versa l'ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*), precisando in conclusione che la nomina di un Commissario per la regione Calabria

e lo sblocco del *turnover* potranno contribuire a mettere in campo le risorse necessarie a dare risposte ad una struttura che negli ultimi anni non ha ricevuto investimenti e strumenti di programmazione idonei a sanare una situazione difficile che si protrae nel tempo.

Stefania COVELLO (PD), replicando, ringrazia il sottosegretario De Filippo per la puntuale e dettagliata risposta relativa al momento tragico vissuto dalla sanità in Calabria, peraltro in assenza dei vertici regionali.

Ricorda che il cd. « Tavolo Massicci » è stato ingeneroso con la sua regione, che peraltro non ha nemmeno un Commissario per attuare le indicazioni ricevute, e che il piano di rientro appare strutturato in maniera illogica, soprattutto in relazione alla provincia di Cosenza, dove risiede circa il 40 per cento della popolazione calabrese e che presenta una orografia particolarmente complessa. Riconosce in ogni caso la grande attenzione che il rappresentante del Governo presta al Sistema sanitario nazionale e in particolare a quello del Mezzogiorno.

Sottolinea che, come risultato di una *spending review* priva di razionalità, sono state depotenziate molte strutture minori che prestano ormai un servizio insufficiente, citando a titolo esemplificativo strutture di pronto soccorso aperte solo poche ore al giorno. Illustra poi i dati relativi alla drammatica carenza di organico dell'ospedale civile Annunziata di Cosenza per le diverse professionalità sanitarie, rilevando che senza uno sblocco del *turnover* ed un'adeguata mobilità si pregiudicano i livelli essenziali di assistenza.

Ritiene non si possa attendere ulteriormente per affrontare la grave situazione di emergenza, riconosciuta anche dalla prefettura, causata anche dall'afflusso dei malati provenienti dalle zone limitrofe. Chiede quindi al Governo, anche a nome del Partito Democratico e dei deputati cosentini, di prendere in mano la situazione, anche in ragione del rischio di incorrere in una procedura di infrazione della normativa euro-

pea a causa dell'eccessivo carico di lavoro del personale sanitario.

Daniela SBROLLINI (PD), *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 16.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 16 alle 16.15.

AVVERTENZA

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

SEDE REFERENTE

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare.

C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin e C. 2205 Miotto.

ALLEGATO 1

**Disposizioni in materia di agricoltura sociale. Testo unificato
C. 303 Fiorio e abb.****PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione (Affari sociali),

esaminato, per le parti di competenza, il nuovo testo unificato delle proposte di legge delle proposte di legge C. 303 Fiorio e abb., recante « Disposizioni in materia di agricoltura sociale, quale risultante dagli emendamenti approvati,

espresso apprezzamento per il valore del provvedimento, che interviene per costruire le condizioni e dettare i requisiti affinché nel settore agricolo si possano sviluppare, a cura delle imprese e in collaborazione con le istituzioni pubbliche e con i soggetti sociali interessati, attività di rilevanza sociale;

preso atto delle modifiche che il testo propone rispetto alle osservazioni poste dalla XII Commissione nella passata legislatura nel parere allora espresso su un provvedimento analogo, in particolare per quanto riguarda l'inserimento delle coo-

perative sociali fra i soggetti promotori delle attività di agricoltura sociale,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

a) valuti la Commissione di merito l'opportunità di considerare, fra i promotori delle attività di agricoltura sociale, le cooperative sociali che svolgano tali attività anche per una quota inferiore al trenta per cento del proprio bilancio;

b) valuti la Commissione di merito l'opportunità di precisare i contenuti fondamentali delle procedure di riconoscimento degli operatori e di monitoraggio e valutazione delle attività da parte delle regioni in modo da escludere utilizzi impropri delle possibilità di reclutamento agevolato di forza lavoro promosse dalla legge.

ALLEGATO 2

5-01824 Grillo: Utilizzo della tessera sanitaria per archiviare i dati sull'esposizione alle radiazioni ionizzanti durante gli esami radiologici.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alle questioni poste con l'interrogazione in esame, si ricorda che l'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 – convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 – concernente « Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie », assegna la responsabilità di realizzazione del sistema tessera sanitaria al Ministero dell'economia e delle finanze, che, con propri decreti, di concerto con il Ministero della salute, disciplina le attività attuative. La predetta legge stabilisce inoltre l'invio della tessera sanitaria ai cittadini che hanno diritto all'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale e che tale tessera contiene il codice fiscale e i dati anagrafici dell'assistito, avendo quindi solamente una funzione di identificazione dello stesso.

Le finalità della tessera sanitaria, pertanto, come disciplinate dalla predetta legge n. 326/2003, non prevedono funzioni di registrazione sulla tessera medesima di alcun dato relativo alle prestazioni erogate, e quindi neanche della dose di radiazioni ionizzanti assorbita dai pazienti durante l'esecuzione di esami diagnostici.

Peraltro, è del tutto condivisibile l'opportunità che il Ministero della salute dirami indicazioni operative specifiche sulla materia, al fine di assicurare l'uso appropriato delle risorse umane e strumentali del Servizio Sanitario Nazionale, e garantire l'applicazione uniforme sul territorio nazionale dei principi del decreto legislativo n. 187/2000, in particolare dei criteri di giustificazione.

Dette indicazioni potranno essere fornite nella forma di linee guida ministeriali da emanarsi ai sensi dell'articolo 6 comma 1, del decreto legislativo n. 187/2000, che recita: « Il Ministero della sanità adotta linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate nonché raccomandazioni ai prescrittenti relative ai criteri di riferimento, ivi comprese le dosi, per le esposizioni mediche che consentono di caratterizzare la prestazione sanitaria connessa con la pratica; tali linee guida sono pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* ».

Il testo delle linee guida, che potrà essere posto all'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità e della Conferenza Stato-Regioni, è attualmente in fase istruttoria nell'ambito di un Tavolo di lavoro istituito presso questo Ministero, a cui partecipano esperti di area radiologica delle varie professionalità interessate.

Si fa presente, peraltro, che le attuali procedure e attrezzature radiologiche consentono la piena tracciabilità del valore di dose per ogni singolo esame.

Più in particolare, si precisa che lo specifico Tavolo tecnico dell'intera Area Radiologica è stato attivato dal settembre 2012.

Detto Tavolo, dopo aver elaborato nel dicembre 2012 una proposta di evoluzione di competenze del tecnico sanitario di radiologia medica (condivisa dalle rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei medici radiologi, fisici medici e tecnici sanitari di radiologia medica), con riunioni successive, avviate sin dal febbraio 2014, sta affrontando tutte le questioni relative all'organizzazione del lavoro

in questo settore nelle tre macroaree (diagnostica per immagini, radioterapia, medicina nucleare).

L'obiettivo maggiore di tale Tavolo tecnico è quello di fornire indicazioni operative, concordate e condivise, che siano in grado di programmare e garantire l'uso corretto ed appropriato sia della risorsa professionale che di quella strumentale, in grado di assicurare l'attuazione uniforme, nei servizi e presidi del Servizio Sanitario Nazionale, del disposto del decreto legislativo n. 187 del 2000.

Quanto elaborato dal suddetto Tavolo tecnico sarà oggetto di specifiche linee guida ministeriali, da emanarsi ai sensi

dell'articolo 6, comma 1, del già richiamato decreto legislativo n. 187 del 2000.

Nell'elaborazione di tali linee guida il Ministero ha coinvolto, quali esperti, tutte le rappresentanze scientifiche e professionali dell'area radiologica delle tre professioni interessate: medici radiologi, fisici medici e tecnici sanitari di radiologia medica.

Per quanto riguarda l'ultimo quesito, volevo assicurare gli interroganti che sarà mia cura affidare la questione alla struttura tecnica del Ministero per uno specifico e puntuale approfondimento. Mi riservo all'esito di fornire tutte le informazioni di tali approfondimenti.

ALLEGATO 3

**5-01878 Covello: Interventi urgenti per far fronte alle criticità
in cui versa l'ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La Regione Calabria nel 2009 ha sottoscritto il Piano di rientro, che prevede interventi di risanamento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale e il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Non avendo la Regione perseguito tutti gli obiettivi del Piano di rientro, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010, è stato nominato Commissario « ad acta » per l'attuazione del Piano di rientro il Presidente della Regione « pro tempore ». Il Consiglio dei Ministri ha nominato due sub-Commissari per affiancare il Commissario « ad acta » nella predisposizione dei provvedimenti commissariali: il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dr. Andrea Urbani, che ha sostituito il dimissionario Dott. Luigi D'Elia il 29 ottobre del 2013.

Secondo quanto disposto dalla normativa vigente, la Regione Calabria ha proseguito il Piano di rientro con un Programma Operativo relativo al triennio 2013-2015. Tale Programma Operativo, nell'ultima riunione di verifica del 4 aprile 2014, è stato valutato dai Tavoli tecnici come condivisibile nell'impostazione generale, ma approvabile solo dopo il recepimento di alcune prescrizioni relative alla « Fondazione Tommaso Campanella », al piano dei pagamenti e alle tariffe per le prestazioni territoriali.

Relativamente all'Azienda Ospedaliera di Cosenza, si evidenzia che nei Decreti commissariali di riorganizzazione della rete ospedaliera nn. 18 del 2010, 106 del 2011 e s.m.i., era prevista una riduzione complessiva dei posti letto pari a 63 (da 657 a 594).

Nella proposta di Programma Operativo per gli anni 2013-2015, la Regione ha previsto di assegnare complessivi 614 posti letto alla stessa Azienda Ospedaliera.

Nella proposta di decreto di riorganizzazione delle reti assistenziali, ivi inclusa l'emergenza-urgenza, attualmente all'esame dei Ministeri affiancanti, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, all'interno dell'« area nord », si configura come:

DEA di II livello della Rete Emergenza urgenza;

HUB della Rete SCA – Sindrome Coronarica Acuta;

HUB della Rete assistenziale per l'ictus (Stroke);

HUB (Centro traumi di zona) della Rete Politrauma;

HUB della Rete di Trasporto Neonatale.

In data 28 maggio 2014 si è svolto un incontro tecnico di affiancamento presso il Ministero della salute, volto a chiarire alcuni dettagli relativi alle reti assistenziali di cui alla citata proposta. Durante l'incontro non sono emerse particolare criticità per l'Azienda Ospedaliera di Cosenza nella configurazione di cui alla proposta di riorganizzazione.

Relativamente al personale del Servizio sanitario regionale, dagli esiti del verbale dell'ultima riunione di verifica del Piano di rientro, si evince che la Regione Calabria è sottoposta al blocco automatico del

« turn over » fino al 31 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

A seguito della richiesta, presentata dalla gestione commissariale, di poter usufruire di deroghe al blocco del « turn over », il Ministero della salute sta analizzando la documentazione trasmessa dalla Regione, al fine di verificare se la carenza di personale dovuta al blocco automatico del « turn over » – persistente in Calabria da diversi anni – stia mettendo a rischio l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nello specifico caso dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, la Regione ha presentato 16 richieste di deroga, così articolate:

10 con riferimento ai settori dell'emergenza urgenza (2 medici direttori di struttura complessa, 7 dirigenti medici ed un infermiere);

6 con riferimento al personale medico operante nei reparti.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi all'Ospedale Civile dell'Annunziata di Cosenza, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, per il tramite della locale Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo, ha segnalato quanto segue.

La struttura ospedaliera dell'Annunziata è una costruzione del 1939, dichiarata obsoleta, per cui si era ritenuta fondamentale la costruzione di una nuova struttura ospedaliera, ma le varie vicissitudini di politica sanitaria regionale, non permisero la costruzione del nuovo ospedale per cui, nel corso degli ultimi decenni, si è provveduto a costruire corpi satelliti per far fronte alle nuove esigenze della offerta ospedaliera.

Lo stato strutturale è così precario che nel 2010 il Direttore Generale protempore dichiarò lo stato di emergenza, inviandone

comunicazione al Presidente della Giunta Regionale e al Sindaco della città di Cosenza.

Al momento, sono stati affidati lavori di adeguamento e ristrutturazioni necessari per la sicurezza dei degenti, degli operatori e dei visitatori, resi più stringenti dalla normativa regionale in materia di accreditamento e dei conseguenti regolamenti attuativi. Per tali lavori vengono utilizzati i fondi ex articolo 20 legge n. 67 del 1988.

Il piano di rientro, la riorganizzazione della rete ospedaliera, con la chiusura di alcune strutture territoriali e, soprattutto il blocco delle assunzioni, hanno creato notevoli problemi, soprattutto nell'area di emergenza, per cui l'Azienda per continuare a garantire prestazioni sicure, ha dovuto procedere ad accorpate Unità operative affini.

La chiusura dei punti nascita, tra l'altro, ha creato un iper-afflusso di pazienti in Ostetricia e Ginecologia e in Neonatologia, ma non tutto il personale che operava nei Centri di nascita periferici è stato trasferito all'Annunziata, per cui la carenza di spazi e di personale di supporto ovviamente determina delle criticità.

Non risponde al vero che i tempi di attesa per l'intervento di cataratta siano di sette mesi, bensì di tre mesi e mezzo. Inoltre, spesso la sala operatoria di oculistica è occupata da pazienti con patologia d'urgenza, provenienti dalle altre Province. L'acquisto della PET è stato programmato e si realizzerà nel corso dell'anno.

In effetti, presso l'Annunziata, a causa delle carenze strutturali e delle risorse ridotte (soprattutto quelle umane), è indubbio che vi siano delle criticità.

Tuttavia, il Direttore Generale ha sottolineato che, malgrado la carenza di risorse, la struttura riesce a garantire risposte adeguate e di buona qualità a patologie urgenti e complesse, grazie all'abnegazione della maggioranza degli operatori.