

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

| | |
|--|-----|
| UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI | 82 |
| SEDE REFERENTE: | |
| Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>) | 83 |
| ALLEGATO 1 (<i>Subemendamenti agli articoli aggiuntivi 7.010 (nuova formulazione) e 7.011 (nuova formulazione) del relatore</i>) | 88 |
| ALLEGATO 2 (<i>Subemendamenti approvati</i>) | 92 |
| INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA: | |
| 5-06880 Fucci: Sulla tracciabilità dei medicinali | 85 |
| ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>) | 93 |
| 5-06881 Borghese: Sulla gestione commissariale della sanità in Calabria | 86 |
| ALLEGATO 4 (<i>Testo della risposta</i>) | 95 |
| 5-06882 Fratoianni: Iniziative per procedere all'assunzione di un maggior numero di medici .. | 86 |
| ALLEGATO 5 (<i>Testo della risposta</i>) | 97 |
| 5-06883 Lenzi: Iniziative per assicurare l'equa riparazione ai familiari dei deceduti per danni da trasfusione o da vaccinazioni obbligatorie | 86 |
| ALLEGATO 6 (<i>Testo della risposta</i>) | 99 |
| 5-06884 Baroni: Iniziative per monitorare il trattamento della patologia da gioco d'azzardo patologico presso il Servizio sanitario nazionale | 87 |
| ALLEGATO 7 (<i>Testo della risposta</i>) | 101 |
| 5-06885 Monchiero: Implementazione delle campagne di comunicazione sull'opportunità di ricorrere alle vaccinazioni | 87 |
| ALLEGATO 8 (<i>Testo della risposta</i>) | 103 |

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

Giovedì 5 novembre 2015.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle
9.35 alle 10.15.

SEDE REFERENTE

*Giovedì 5 novembre 2015. — Presidenza
della vicepresidente Daniela SBROLLINI. –
Interviene il sottosegretario di Stato per la
salute, Vito De Filippo.*

La seduta comincia alle 14.05.

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 4 novembre 2015.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, ricorda che nella seduta di ieri il relatore ha presentato una nuova formulazione dei suoi articoli aggiuntivi 7.010 e 7.011, in relazione ai quali è stato fissato il termine per la presentazione di subemendamenti alle ore 12 di oggi.

Avverte, al riguardo, che sono stati presentati 14 subemendamenti all'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*) e 7 subemendamenti all'articolo aggiuntivo 7.011 (*Nuova formulazione*) (vedi allegato 1).

Avverte, altresì, che il subemendamento Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).13 non sarà posto in votazione, in quanto sarà recepito nell'ambito delle correzioni di forma.

Da quindi la parola al relatore e al rappresentante del Governo per l'espressione dei rispettivi pareri sui subemendamenti riferiti all'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*).

Federico GELLI (PD), *relatore*, esprime parere favorevole sui subemendamenti Sisto 0.7.010 (*Nuova formulazione*).20, Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).10, e Sisto 0.7.010 (*Nuova formulazione*).21. Invita al ritiro i presentatori dei restanti subemendamenti, precisando che altrimenti il parere si intende contrario.

Fa presente, quindi, di aver accolto esclusivamente le proposte emendative tese a migliorare il testo del proprio articolo aggiuntivo lasciandone inalterato l'impianto, che a suo avviso rappresenta al momento una soluzione tecnicamente valida, pur non escludendo certamente eventuali modifiche nel prosieguo dell'esame

del provvedimento, specialmente a seguito del parere che sarà espresso dalla II Commissione (Giustizia).

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del relatore.

Andrea COLLETTI (M5S), intervenendo sul subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).9, di cui è primo firmatario, evidenzia come a suo avviso la nuova formulazione dell'articolo aggiuntivo 7.010 del relatore sia peggiorativa del testo originario.

Stigmatizza, in particolare, il fatto che tale proposta emendativa non tenga conto degli effetti che possono concretamente derivare dall'applicazione del dispositivo in essa contenuto.

Ritiene, inoltre, che abbia poco senso l'aver previsto il ricorso al procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile senza aver considerato le connessioni con altre disposizioni dello stesso codice, in particolare con l'articolo 210.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.0.10 (*Nuova formulazione*).9.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) raccomanda l'approvazione del suo subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).20, presentato con lo spirito di migliorare ulteriormente il testo della proposta emendativa del relatore.

Andrea COLLETTI (M5S) annuncia a nome del suo gruppo il voto di astensione sul subemendamento Sisto 0.7.010 (*Nuova formulazione*).20.

La Commissione, con distinte votazioni, approva i subemendamenti Sisto 0.7.010 (*Nuova formulazione*).20 e Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).10 (vedi allegato 2).

Andrea COLLETTI (M5S), intervenendo sul proprio subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).12, fa presente di

non comprendere la ragione del parere contrario espresso dal relatore e dal Governo, avendo tale proposta emendativa l'obiettivo di fare chiarezza nel proporre la soppressione dell'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo n. 28 del 2010, nella parte in cui si riferisce all'azione relativa a una controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria.

La Commissione respinge il subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).12.

Andrea COLLETTI (M5S) illustra il suo subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).11, volto a rendere più chiaro un testo che a suo avviso darà luogo a non poche difficoltà interpretative, in quanto non si comprende se a un certo punto intervenga o meno un cambiamento di rito, con tutte le conseguenze che ne derivano anche sul piano strettamente operativo, in termini di pagamenti che gli avvocati – e, quindi, i loro assistiti – devono effettuare nel corso del giudizio.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL), con riferimento alle argomentazioni addotte dal deputato Colletti a sostegno del subemendamento in discussione, ritiene che quest'ultimo sia inutile in quanto dall'interpretazione sistematica del comma 2 dell'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*) del relatore emerge chiaramente che si sta trattando di un'istanza di consulenza tecnica e non di un ricorso.

Paola BINETTI (AP) osserva come dal dibattito in corso emerga chiaramente come esso coinvolga temi di natura giuridico-processuale, che interessano poco la Commissione affari sociali, prova evidente del fatto che tutti i problemi connessi alla cosiddetta medicina difensiva derivano dalla *longa manus* degli avvocati in questo settore.

Alfonso BONAFEDE (M5S) concorda con le premesse alla base delle considerazioni svolte dalla deputata Binetti ovvero sul fatto che i problemi della medicina

difensiva sono legati a un eccesso di cause, ma non sulle conclusioni. Rileva, infatti, che nel momento in cui il legislatore si pone l'obiettivo di disciplinare la materia della responsabilità medica e sanitaria, non può certamente prescindere dal trattare aspetti tecnici, attinenti anche alla disciplina processuale.

Ciò premesso, esprime profondo dissenso per l'esclusione della Commissione giustizia dall'esame in sede referente del provvedimento in materia di responsabilità sanitaria.

Daniela SBROLLINI (PD), *presidente*, ricorda che l'assegnazione delle proposte di legge spetta alla Presidenza della Camera e che tutte le proposte abbinate, all'origine del testo unificato in esame, sono state assegnate esclusivamente alla XII Commissione. Precisa, pertanto, che l'unica via per far valere le ragioni sollevate dal deputato Bonafede è quella del conflitto di competenza.

Alfonso BONAFEDE (M5S) non comprende la *ratio* con cui avvengono determinate assegnazioni, ritenendo che vi siano atteggiamenti di « connivenza » da parte della Presidente della Camera e delle presidenze delle Commissioni.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) dissenso radicalmente dalle critiche emerse dall'intervento del deputato Bonafede, precisando che sempre più spesso i provvedimenti all'esame del Parlamento presentano aspetti di notevole complessità e coinvolgono più competenze per cui è normale che determinati argomenti richiedano l'apporto di deputati appartenenti ad altre Commissioni.

Teresa PICCIONE (PD) concorda con le considerazioni svolte dal collega Sisto, evidenziando come tutti i componenti della Commissione affari sociali stiano compiendo uno sforzo per entrare nel merito di questioni complesse, rispetto alla trattazione delle quali è apprezzabile il contributo da parte di deputati con diverse competenze.

Franco VAZIO (PD), con riferimento ai rilievi formulati dal deputato Colletti, intervenuto per dichiarazione di voto sul suo subemendamento 0.7.0.10 (*Nuova formulazione*).11, rileva come il provvedimento in oggetto si pone l'obiettivo di risolvere l'annoso problema della cosiddetta medicina difensiva ridefinendo le responsabilità, civile e penale, della struttura e dell'esercente la professione sanitaria, e garantendo al tempo stesso la tutela del paziente. Pertanto, in questa sede assumono poco rilievo, a suo avviso, questioni quali gli specifici pagamenti che devono essere eseguite gli avvocati per le cause.

Quanto, poi, alla questione delle competenze delle Commissioni, osserva che, portando alle estreme conseguenze il ragionamento del deputato Bonafede, si dovrebbe concludere paradossalmente che tutte le proposte di legge dovrebbero essere assegnate alla Commissione giustizia.

Alfonso BONAFEDE (M5S) replica al deputato Vazio ribadendo il tecnicismo giuridico del provvedimento in oggetto in considerazione del quale avrebbe ritenuto necessario il coinvolgimento della Commissione giustizia anche nella fase referente.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).11.

Andrea COLLETTI (M5S) illustra l'emendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).14 di cui è primo firmatario, raccomandandone l'approvazione, in quanto ritiene che prevedere come « perentorio » il termine per la conclusione del tentativo obbligatorio di conciliazione produrrà come risultato la nullità di tale procedimento.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) replica al deputato Colletti rilevando che, di fronte a un termine perentorio, il giudice competente stabilirà tempi molto brevi per l'esperimento di tutte le fasi del procedimento.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).14.

Andrea COLLETTI (M5S) illustra la *ratio* del suo subemendamento 0.7.010 (*Nuova formulazione*).15, che mira a rendere più realistico il termine di quattro mesi previsto dalla proposta emendativa del relatore per la conclusione del procedimento di conciliazione.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge il subemendamento Colletti 0.7.010.15 ed approva il subemendamento Sisto 0.7.010.21 (*vedi allegato 2*).

Daniela SBROLLINI *presidente*, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 5 novembre 2015. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 15.

Daniela SBROLLINI, *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. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

5-06880 Fucci: Sulla tracciabilità dei medicinali.

Paolo RUSSO (FI-PdL) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario, evidenziando che essa trae origine dalla preoccupazione per cui i nuovi macchinari installati in alcune sedi dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato producano contrassegni con il numero di targa non

indelebile e che, conseguentemente, vengano immesse sul mercato confezioni di medicinali non idonee a garantire la tracciabilità completa, con possibili danni alla salute pubblica.

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

Paolo RUSSO (FI-PdL), replicando, si dichiara soddisfatto dell'interesse mostrato dal Governo verso il tema sollevato attraverso l'interrogazione in titolo. Auspica pertanto che da parte del ministero della salute venga effettuato un monitoraggio sull'entità del fenomeno denunciato.

5-06881 Borghese: Sulla gestione commissariale della sanità in Calabria.

Sebastiano BARBANTI (Misto-AL) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario, volta a fare chiarezza sui criteri di assegnazione del *budget* sanitario calabrese, avendo gli interroganti ravvisato una mancanza di trasparenza nella gestione da parte del commissario di Governo.

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

Sebastiano BARBANTI (Misto-AL), replicando, si riserva di valutare nel merito la lunga e articolata risposta fornita dal Governo. Ribadisce, tuttavia, che numerosi sono gli episodi, tra cui quello che riguarda l'erogazione di fondi alle strutture sanitarie della provincia di Cosenza, dai quali si evince che non sono stati resi pubblici, da parte del commissario di Governo, i criteri per l'utilizzo dei fondi pubblici.

5-06882 Fratoianni: Iniziative per procedere all'assunzione di un maggior numero di medici.

Marisa NICCHI (SEL), illustra l'interrogazione in titolo, che trae origine dalla

constatazione per cui in Italia il numero di medici è più basso rispetto alla media dei Paesi europei, con tutte le conseguenze negative che ne possono derivare sulla qualità del servizio sanitario.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Marisa NICCHI (SEL), replicando, prende atto dell'interesse dimostrato dal ministero della salute per il tema sollevato dall'interrogazione in titolo. Ritiene tuttavia che non si possa porre rimedio ad un problema così grave procedendo attraverso deroghe, essendo piuttosto necessario un Piano straordinario di assunzioni nel Servizio sanitario nazionale. Fa presente, quindi, che si potrebbe trovare una soluzione in occasione dell'esame della legge di stabilità.

5-06883 Lenzi: Iniziative per assicurare l'equa riparazione ai familiari dei deceduti per danni da trasfusione o da vaccinazioni obbligatorie.

Donata LENZI (PD) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando che nonostante una norma di legge preveda un'equa riparazione non solo per i soggetti danneggiati da trasfusioni o da vaccinazioni obbligatorie ma anche, in caso decesso, per i loro eredi che abbiano presentato domanda di adesione alla procedura transattiva entro un certo termine, sembra che tale disposizioni non trovi applicazione.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Donata LENZI (PD), replicando, auspica che attraverso la procedura transattiva, introdotta con l'obiettivo di garantire l'equa riparazione ai soggetti danneggiati da trasfusioni o da vaccinazioni obbligatorie diminuendo al tempo stesso il numero dei processi, si riesca a porre rime-

dio anche alla situazione denunciata dall'interrogazione in oggetto.

5-06884 Baroni: Iniziative per monitorare il trattamento della patologia da gioco d'azzardo patologico presso il Servizio sanitario nazionale.

Massimo Enrico BARONI (M5S) illustra l'interrogazione in titolo, che mira ad avere dati in ordine alle iniziative intraprese dal ministero della salute per monitorare la presenza e il numero di centri di presa in carico dei soggetti affetti dalla patologia da gioco d'azzardo patologico presso il Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle cure erogate e alla somministrazione di farmacoterapia.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 7*).

Massimo Enrico BARONI (M5S), replicando, si dichiara profondamente deluso dalla risposta del Governo, che a suo avviso si è limitato a formulare una mera dichiarazione di intenti. Evidenza, quindi, che l'obiettivo dell'interrogazione era quello di avere dati precisi con riferimento alle cure della patologia da gioco d'azzardo patologico, che evidentemente non sono stati forniti. Sembra, quindi, che il ministero della salute non intraprenda iniziative concrete, attendendo che siano le regioni a fornire i predetti dati.

Denuncia, altresì, il fatto che solo una percentuale bassissima di giocatori patologici, compresa tra lo 0,25 e lo 0,5 per cento, riceve attualmente cure da parte del Servizio sanitario nazionale.

5-06885 Monchiero: Implementazione delle campagne di comunicazione sull'opportunità di ricorrere alle vaccinazioni.

Giovanni MONCHIERO (SCpI) rinuncia all'illustrazione dell'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 8*).

Giovanni MONCHIERO (SCpI), replicando, pur apprezzando la disponibilità e la puntualità del Governo nel rispondere all'interrogazione presentata, rileva tuttavia che quest'ultima era incentrata piuttosto sugli aspetti comunicativi, che nell'ambito di una campagna tesa ad informare i cittadini in merito alle vaccinazioni dovrebbero a suo avviso essere curati maggiormente.

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

La seduta termina alle 15.50.

ALLEGATO 1

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano.

SUBEMENDAMENTI AGLI ARTICOLI AGGIUNTIVI 7.010 (NUOVA FORMULAZIONE) E 7.011 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE

SUBEMENDAMENTI ALL'EMENDAMENTO
7.010 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, sopprimere il comma 1.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 9. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 1, sostituire le parole: relativa a una controversia di con le seguenti: tesa ad ottenere il.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 20. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 1, dopo le parole: procedura civile inserire la seguente: dinanzi.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 10. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

Conseguentemente dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Al comma 1-bis del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 le parole: «da responsabilità medica e sanitaria» sono soppresse.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 12. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 2, terzo periodo, le parole: , a pena di decadenza sono sostituite dalle seguenti: a pena di decadenza,.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 13. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 2, quarto periodo, le parole: dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva sono sostituite dalle seguenti: del ricorso ex articolo 696-bis del codice di procedura civile.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 11. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, sopprimere la parola: perentorio ovunque essa ricorra.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 14. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, primo periodo, sostituire le parole: quattro mesi con le seguenti: sette mesi.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 15. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, sostituire le parole: quattro mesi con le seguenti: sei mesi.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 21. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, sopprimere le parole da: e gli effetti della domanda fino alla fine del comma.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 16. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 4, sopprimere il primo periodo.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 17. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 4, sopprimere le parole: , oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente,

in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 18. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 4, dopo il primo periodo aggiungere il seguente: Gli esiti dell'accertamento tecnico preventivo fanno stato anche nei confronti delle parti che non vi hanno partecipato.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 22. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, aggiungere, in fine, i seguenti commi:

5. Al fine di consentire l'eventuale valutazione medico-legale nel processo penale a mezzo di perizia in incidente probatorio anche per i reati di lesioni ex articolo 590 del codice penale nelle ipotesi di responsabilità professionale medico sanitaria si procede attraverso l'udienza preliminare.

6. Nel caso di responsabilità civile derivante da colpa professionale medico-sanitaria, l'assicuratore del professionista può essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato.

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: Accertamenti tecnici anticipati nel processo civile e penale.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 19. Fucci, Ciracì.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

ART. 7-bis. (Tentativo obbligatorio di conciliazione). – 1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca, o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di quattro mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici di cui all'articolo 8 della presente legge. La mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare, con il provvedimento che definisce il giudizio, le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

7. 010. (Nuova formulazione) Il Relatore.

SUBEMENDAMENTI ALL'EMENDAMENTO
7.011 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 1, dopo la parola: struttura sanitaria inserire la seguente: pubblica.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 10. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore sono apportate le seguenti modificazioni:

a) Al comma 2, dopo le parole: professione sanitaria aggiungere le seguenti: deve estendere la domanda nei confronti del sanitario identificato o identificabile nell'atto di citazione e.

b) Al comma 3 dopo la parola: citazione, aggiungere le seguenti: rendendolo edotto del diritto di intervenire volontariamente in giudizio a sua difesa.

c) Al comma 6, dopo la parola: retribuzione, aggiungere le seguenti: per un periodo non superiore a 5 anni.

d) Al comma 7, sostituire le parole: desumere argomenti di prova dal con le seguenti: tenere conto del.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 11. Fucci, Ciracì.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, dopo le parole: che ne abbia, aggiungere la seguente: definitivamente.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 12. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 4, dopo la parola: responsabile, aggiungere le seguenti: in via esclusiva.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 13. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 5, dopo le parole: avere ad oggetto, aggiungere la seguente: anche.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 14. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 6, dopo la parola: retribuzione, aggiungere la seguente: mensile.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 15. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 6, sostituire le parole: pronunciata nel giudizio, con le seguenti: che afferma il diritto.

0. 7. 011 (Nuova formulazione). 16. Sisto.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

ART. 7-bis. (Azione di rivalsa). — 1. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, la struttura sanitaria può esercitare l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo soltanto successivamente al risarcimento, avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale. In ogni caso, l'azione di rivalsa deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto risarcimento.

3. La struttura sanitaria ha l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la pro-

fessione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione. Tale comunicazione deve contenere l'avviso che la sentenza di condanna che ne abbia accertato la responsabilità per dolo o colpa grave farà stato nei confronti del professionista nel giudizio di rivalsa.

4. L'omissione o la incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. In tal caso, la struttura sarà direttamente responsabile nel giudizio di responsabilità amministrativa instaurato dalla Corte dei conti.

5. Se l'esercente la professione sanitaria è stato riconosciuto responsabile del fatto illecito, con sentenza passata in giudicato, senza che il giudice abbia accertato il grado della colpa, il giudizio di rivalsa dovrà comunque avere ad oggetto l'autonomo accertamento del grado della colpa.

6. La struttura sanitaria esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dal materiale probatorio acquisito nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

8. L'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti rende improcedibile la domanda di rivalsa in sede civile della struttura sanitaria pubblica.

7. 011. (Nuova formulazione) Il Relatore.

ALLEGATO 2

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano.

SUBEMENDAMENTI APPROVATI

All'articolo aggiuntivo 7. 010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 1, sostituire le parole: relativa a una controversia di con le seguenti: tesa ad ottenere il.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 20. Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 1, dopo le parole: procedura civile inserire la seguente: dinanzi.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 10. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Lorefice, Mantero.

All'articolo aggiuntivo 7.010 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, sostituire le parole: quattro mesi con le seguenti: sei mesi.

0. 7. 010 (Nuova formulazione). 21. Sisto.

ALLEGATO 3

5-06880 Fucci: Sulla tracciabilità dei medicinali.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il Ministero della salute ha il compito di definire i requisiti tecnici del bollino farmaceutico e le modalità della sua adozione, secondo quanto previsto dall'articolo 5-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540.

L'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato cura la produzione di bollini farmaceutici, poiché questi ultimi sono ricompresi nell'elenco delle carte valori presente nel decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 23 dicembre 2013. Il ruolo di vigilanza e controllo sulla produzione di carte valori e stampati, a rigoroso rendiconto dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, è di spettanza del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento del Tesoro.

Il Ministero della salute, appena ricevuta la segnalazione da parte della ditta Nuceria, il 26 ottobre 2015, relativa al problema della cancellazione del numero progressivo in chiaro della confezione presente sullo strato intermedio del bollino, ha provveduto a richiedere chiarimenti e dimensione del fenomeno all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; siamo, pertanto, in attesa di ricevere le indicazioni da parte del medesimo Istituto.

Prima di entrare nel merito, mi sembra doveroso chiarire che il problema tecnico dei bollini, oggetto del presente atto ispettivo, non presenta una rilevanza sulla sicurezza dei medicinali, rassicuro pertanto i presenti, che non vi è – come paventato con l'atto ispettivo – alcun pericolo per la salute pubblica, visto che, com'è noto, il bollino ha la finalità di contrastare le frodi.

Nel merito della questione, la dimensione del fenomeno è elemento discrimi-

nante per definire le eventuali azioni da intraprendere, non vi è dubbio infatti, che se il fenomeno riguarda poche confezioni avrà una portata diversa.

È opportuno ricordare che, ai sensi del decreto 30 maggio 2014, articolo 3, comma 2, « lo strato intermedio, opportunamente trattato con sistemi di sicurezza idonei a garantirne l'originalità, riporta sulla superficie eccedente le dimensioni dello strato superiore, il numero progressivo della confezione in chiaro. Il suddetto strato intermedio, destinato a rimanere solidale con il confezionamento esterno del medicinale, è dotato di caratteristiche di adesività tali da assicurare la permanenza del bollino sul confezionamento stesso per tutto il periodo di validità del medicinale e da garantire la distruzione o il palese deterioramento del bollino come conseguenza di tentativi di rimozione ».

Infatti, la funzione dello strato intermedio è assicurare la leggibilità del numero progressivo, al fine di garantire l'identificazione della confezione, anche quando lo strato superiore del bollino viene rimosso per erogazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tuttavia, l'identificazione della confezione risulta assicurata dallo strato superiore del bollino che contiene;

a) il codice di Autorizzazione all'immissione in Commercio riportato sia in chiaro sia mediante tecnica di rappresentazione che ne consente la lettura automatica;

b) l'identificazione della confezione derivante dalla combinazione della deno-

minazione del medicinale con l'indicazione del dosaggio, della forma farmaceutica e del numero di unità posologiche;

c) il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio;

d) il numero progressivo riportato sia in chiaro (obbligatorio per i bollini prodotti a decorrere dal 1° gennaio 2016), sia mediante la tecnica di rappresentazione che ne consente la lettura automatica.

Pertanto, il problema dell'identificazione della confezione a fronte della cancellazione del numero progressivo sullo strato intermedio si pone solo per le confezioni prive dello strato superiore: per questa ragione, la disfunzione segnalata ha ricadute sulla rintracciabilità di confezioni fuoriuscite dal canale distributivo legale; proprio a tale fine, ribadisco che il Ministero si è prontamente attivato per acquisire tutte le informazioni sul caso.

ALLEGATO 4

5-06881 Borghese: Sulla gestione commissariale della sanità in Calabria.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La struttura commissariale della Regione Calabria, in ordine al problema posto, ha osservato quanto segue.

I criteri utilizzati per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da soggetti privati accreditati per l'anno 2015, sono riportati nella delibera n. 80/2015 e sono i seguenti:

1. recupero della mobilità passiva (interventi chirurgici ortopedici, oncologici, sulla tiroide);
2. implementazione della complessità dei ricoveri;
3. incremento della neuroriabilitazione;
4. appropriatezza e complementarietà con le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche.

I 10 milioni di euro precedentemente assegnati alla « Fondazione Campanella », sono stati utilizzati nel rispetto di tali criteri.

Per l'assegnazione dei *budget*, relativamente alle attività di ricovero, è stato effettuato un lavoro istruttorio a livello regionale che ha preso in considerazione l'attività svolta dalle varie strutture.

È stata inoltre aggiornata l'analisi della mobilità passiva, effettuata per la predisposizione del documento relativo alla rete ospedaliera (delibera 9/2015), dalla quale è emersa la necessità di effettuare un'azione di recupero sui sistemi di diagnosi di mobilità, che sono rappresentati dagli interventi di protesizzazione ortopedica, dagli interventi chirurgici oncologici e sulla

tiroide. Grande rilievo è stato dato anche alla necessità di potenziare l'acquisto di prestazioni di neuroriabilitazione.

Successivamente sono stati convocati dalla struttura commissariale e dal Dipartimento Tutela della Salute, a partire dal 15 maggio 2015, i Commissari delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) in incontri cadenzati e congiunti con le Aziende Ospedaliere, territorialmente competenti, proprio al fine di discutere, tra l'altro, dei budget per l'anno 2015.

Per mettere le ASP in condizione di predisporre le proposte secondo i predetti criteri, è stata trasmessa dalla struttura commissariale tutta la documentazione necessaria, in particolare i dati di attività ospedaliera-anno 2014 e di mobilità passiva, con l'indicazione dei sistemi di diagnosi erogati da tutti i presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, ricadenti nell'ambito territoriale di competenza.

Inoltre, la struttura dipartimentale, a fine maggio, non avendo ancora ricevuto delle proposte organiche e definitive da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali, con nota del 26 maggio 2015, ha indetto un incontro con i Commissari delle ASP, per verificare le proposte aziendali formulate sulla base delle informazioni trasmesse.

Non avendo, in quelle riunioni, acquisito proposte complete, si è proceduto a ribadire i criteri regionali di orientamento per l'assegnazione del budget alle strutture private accreditate e si è chiesto ai Dirigenti Aziendali, sulla scorta delle indicazioni fornite, di predisporre i Piani di acquisto delle prestazioni di ricovero per l'anno 2015, che comunque avrebbero, in

parte, anche tenuto conto dell'attività svolta dalle strutture accreditate in regime di *prorogatio* del contratto esistente per l'anno 2014.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, ha inviato la proposta con nota del 2 luglio 2015.

Per quanto riguarda la struttura « Sacro Cuore » di Cosenza, unica struttura privata accreditata quale punto nascita, essa ha avuto un incremento di budget in quanto di supporto e complementare alle funzioni svolte nella città di Cosenza dal punto nascita dell'Azienda Ospedaliera « Annunziata », che esegue già circa 2000 parti con un organico sottodimensionato.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone ha inviato la proposta definitiva con nota del 6 luglio 2015. Ha proposto un incremento di euro 271.000,00 rispetto all'anno 2014 alla struttura « Istituto S. Anna », che effettua ricoveri inerenti alla neuroriabilitazione e che rappresenta una struttura di attrazione per mobilità attiva da parte delle altre ASP regionali, ma anche extraregionali.

Ha rispettato gli indirizzi e i criteri regionali anche nel richiedere l'incremento per le prestazioni chirurgiche urologiche erogate dalla « Romolo Hospital », per la quale è stato chiesto l'incremento di euro 206.000,00 e quello relativo alla struttura « Madonna dello Scoglio », unica in Regione ad indirizzo reumatologico, per la quale ha proposto l'incremento di euro 243.000,00.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha inviato la proposta di budget con nota del 1° luglio 2015. Nel programma inviato propone l'incremento del budget per le strutture « Villa del Sole » (di euro 964.000,00) « Villa Serena » (di euro 596.000,00) di Catanzaro e « Villa Michelino » (di euro 311.000,00) di Lamezia Terme.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia ha inviato la proposta con nota del 1° luglio 2015, prevedendo un incremento di budget per la Casa di Cura « Villa dei Gerani », al fine di acquistare prestazioni di riabilitazione intensiva, per la quale ad oggi i residenti nel territorio dell'Azienda fruiscono in mobilità extra aziendale ed extra regionale.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria ha inviato la proposta definitiva sotto forma di tabella, protocollata in data 6 luglio 2015.

La proposta non rispettava i criteri regionali più volte enunciati, ma era orientata, per come riportato in una relazione consegnata nel corso di un precedente incontro con dirigenti del Dipartimento, ad un incremento per erogazione di prestazioni post-acuzie. Non condividendo la proposta in quanto non in linea con i criteri stabiliti a livello regionale, si è proceduto ad incrementare i budget solo per le strutture che erogano prestazioni di chirurgia, nel rispetto del criterio di recupero della mobilità passiva.

ALLEGATO 5

5-06882 Fratoianni: Iniziative per procedere all'assunzione di un maggior numero di medici.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La direttiva 2003/88/CE del 4 novembre 2003, al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, ha dettato norme in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, coordinando le disposizioni già contenute nella direttiva 93/104/CE con quelle introdotte dalla direttiva 2000/34/CE.

In attuazione delle citate direttive, è stato emanato il decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, che nel regolamentare l'articolazione dell'orario di lavoro, detta principi in materia di riposi, ferie, lavoro notturno e straordinario sia per i dipendenti privati che pubblici, compreso, quindi, il personale del comparto sanità.

Con la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), è stata introdotta una prima deroga al citato d.lgs. n. 66/2003, relativamente ai riposi per il personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del SSN, prevedendo che: «Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».

Successivamente, con il decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, oltre alla normativa sul riposo è stata derogata anche quella relativa al limite massimo dell'orario di lavoro settimanale.

Le deroghe introdotte da dette disposizioni al decreto legislativo n. 66/2003, hanno determinato l'avvio, nel 2012, da parte della Commissione europea, di una procedura di infrazione nei confronti dell'Italia. Pertanto, nell'ambito della legge

europea 2013-*bis* (legge n. 161 del 2014), si è reso necessario introdurre una apposita disposizione (articolo 14), finalizzata ad abrogare le norme oggetto di attenzione da parte della Commissione europea.

Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, l'abrogazione delle predette norme è stata, comunque, differita di un anno, per consentire alle Regioni di avviare specifici processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi, anche tenendo conto della riorganizzazione della rete ospedaliera. Nel contempo, è stata rinviata ai contratti collettivi nazionali di lavoro di settore la disciplina di eventuali deroghe alle disposizioni in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero del personale del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei limiti previsti dalle norme europee.

Il Comitato di settore, organo per gli indirizzi di negoziazione contrattuale – appena insediato dopo le elezioni regionali ha rappresentato l'urgenza di procedere all'attuazione delle citate disposizioni.

Proprio nella seduta di ieri 4 novembre 2015, è stato approvato l'atto di indirizzo volto a prevedere in tempi brevi, l'avvio della contrattazione con le specifiche deroghe, previste anche a livello comunitario, nei contratti della dirigenza e del comparto.

Va anche detto che, l'articolo 14 già citato, legge n. 161/2014 richiama l'articolo 17 del decreto n. 66 del 2003, che prevede: «In mancanza di disciplina collettiva, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ovvero, per i pubblici dipendenti, il Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del lavoro, su richiesta delle

organizzazioni sindacali di categoria più rappresentative o delle associazioni di categoria adotta un decreto, sentite le stesse parti, per stabilire deroghe agli articoli 4, terzo comma, nel limite di sei mesi, 7, 8, 12 e 13 con riferimento » tra l'altro « c) alle attività caratterizzate dalla necessità di assicurare la continuità del servizio o della produzione, in particolare, quando si tratta: 1) di servizi relativi all'accettazione, al trattamento o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo e da carceri ».

Pertanto, qualora le parti sociali lo richiedano, si potrà predisporre un apposito decreto ai cui lavori questo Ministero sarà parte attiva.

Da ultimo, segnalo che è all'attenzione politica la questione della stabilizzazione del personale del SSN, nel senso che si stanno valutando tutte le possibili iniziative anche normative, per risolvere la predetta questione, da ritenersi funzionale anche all'erogazione dei servizi sanitari e al rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

ALLEGATO 6

5-06883 Lenzi: Iniziative per assicurare l'equa riparazione ai familiari dei deceduti per danni da trasfusione o da vaccinazioni obbligatorie.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla problematica delineata nell'interrogazione in esame, ricordo che l'articolo 27-*bis* del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito in legge n. 114 del 2014, ha previsto un'equa riparazione per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto, o emoderivati infetti, o vaccinazioni obbligatorie (o per i loro aventi causa, in caso di decesso), che abbiano presentato domanda di adesione alla procedura transattiva di cui alla legge 24 dicembre 2007, n. 244, entro il 19 gennaio 2010.

È prevista la corresponsione, a titolo di equa riparazione, di una somma di denaro – euro 100.000 per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto, o somministrazione di emoderivati infetti, ed euro 20.000 per i danneggiati da vaccinazione obbligatoria – in un'unica soluzione per i soggetti che hanno presentato domanda di adesione alla procedura transattiva.

Il riconoscimento è subordinato non solo al possesso dei requisiti individuati dall'articolo 2, lettera *a*) e lettera *b*), del regolamento del 28 aprile 2009 (esistenza di un danno ascrivibile alle categorie di cui alla tabella A annessa al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, ed esistenza del nesso causale tra il danno e la trasfusione con sangue infetto, o la somministrazione di emoderivati infetti, o la vaccinazione obbligatoria), ma anche alla verifica della ricevibilità della predetta istanza.

La corresponsione delle somme è subordinata alla formale rinuncia all'azione risarcitoria intrapresa, ivi comprese le proce-

dure transattive, e ad ogni ulteriore pretesa di carattere risarcitorio nei confronti dello Stato, anche in sede sovranazionale.

Con riferimento, in particolare, alla verifica della ricevibilità della istanza, nel corso dell'istruttoria è risultato che, per talune posizioni relative ai danneggiati deceduti, è pendente un contenzioso instaurato dagli eredi, nei confronti del Ministero della salute, avente ad oggetto esclusivamente il riconoscimento del risarcimento del danno « *iure proprio* ».

Per quanto concerne tale questione, segnalo che l'Avvocatura Generale dello Stato, nei diversi pareri espressi in materia di transazioni di cui alle leggi n. 222 e n. 244 del 2007, ha ritenuto che sia « opportuno operare una interpretazione sistematica di queste leggi, così come attuate dal decreto ministeriale 132 del 2009 e dal decreto ministeriale 4 giugno 2012, secondo la quale le transazioni finanziate dalle leggi in parola riguardano i soggetti danneggiati direttamente da una trasfusione infetta, non anche gli eredi che agiscono per ottenere i danni proprio per le sofferenze collegate alla malattia epatica del loro congiunto ».

Pertanto, non sono ricevibili le istanze di transazione, ai sensi della citata normativa, concernenti contenziosi in materia esclusivamente di riconoscimento del danno « *iure proprio* » in favore degli eredi e, conseguentemente, non risulta possibile riconoscere agli stessi l'importo previsto a titolo di equa riparazione.

In tal caso, tuttavia, il contenzioso proseguirebbe dinanzi ai Tribunali civili e, in caso di pronuncia di condanna al risarcimento del danno, anche solo « *iure proprio* » in favore degli eredi di danneggiati deceduti, questo Ministero provvederebbe alla liquidazione dell'importo

previsto in sentenza, che nella gran parte dei casi è superiore alla somma riconosciuta a titolo di equa riparazione.

Ad oggi, non è stato, comunque, adottato alcun provvedimento formale di rigetto dell'equa riparazione per il caso specifico preso in esame.

ALLEGATO 7

5-06884 Baroni: Iniziative per monitorare il trattamento della patologia da gioco d'azzardo patologico presso il Servizio sanitario nazionale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli Onorevoli interroganti per aver sollevato una questione che riveste significativa rilevanza per il Ministero della salute.

Sommariamente ripercorro le ultime iniziative avviate per contrastare e monitorare la dipendenza da gioco patologico.

È stato ricostituito, come previsto dalla legge di stabilità per il 2015, presso il Ministero della salute l'Osservatorio sulla ludopatia, al quale oltre al compito di individuare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo è affidata anche la funzione di monitoraggio della dipendenza e dell'efficacia dell'azione di cura e prevenzione del fenomeno, allo stesso Osservatorio è attribuito il compito di predisporre anche le linee di azione finalizzate a garantire alle persone affette da gioco d'azzardo patologico tutte le possibili prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione. Inoltre, sempre rimanendo sul tema dell'iniziativa in materia di dipendenza da gioco patologico, colgo questa occasione per ricordare che nel prossimo decreto di aggiornamento dei LEA, il cui finanziamento è stato previsto nel disegno di legge di stabilità, è prevista nell'area delle dipendenze patologiche anche la presenza dei destinatari dei trattamenti descritti come persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo con comportamenti di abuso patologico di sostanze. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche inclusa la dipendenza dal gioco d'azzardo la presa in

carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative necessarie e appropriate.

Inoltre, per le persone con dipendenze patologiche, incluse la dipendenza da gioco d'azzardo, il Servizio sanitario nazionale garantisce, previa valutazione multidimensionale e definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate.

A ciò aggiungo, che il Ministero della salute attraverso il programma CCM (Centro per il Controllo delle Malattie) ha finanziato per l'anno 2014 il Progetto Sperimentale « Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da Gioco d'Az-zardo » a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco – Reparto Farmaco Dipendenza Tossicodipendenza e Doping.

Tale progetto, avviato nel 2015 per una durata tra i 18 e i 24 mesi e finanziato per 100.000 euro, ha lo scopo di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale per costituire una rete integrata di dati relativi alla diagnosi, ai trattamenti, alla valutazione degli esiti e ai bisogni degli operatori che sussistono all'interno dei servizi che si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo.

Nello specifico gli obiettivi previsti dal progetto sono:

1. Conoscere la situazione attuale delle attività svolte dai servizi del SSN e del privato sociale sul disturbo da gioco d'azzardo;

2. Analizzare il fabbisogno formativo degli operatori coinvolti nella cura del disturbo da gioco d'azzardo;

3. Creare una rete di sostegno tra gli operatori del SSN e del privato sociale per

diffondere informazioni su interventi e politiche a favore dei pazienti e dei loro familiari messi in atto dai servizi per contrastare il Disturbo da Gioco d'azzardo.

A fine progetto sono previsti due *workshop* di due giornate ciascuno presso l'Istituto Superiore di Sanità per garantire una corretta diffusione delle informazioni prodotte.

ALLEGATO 8

5-06885 Monchiero: Implementazione delle campagne di comunicazione sull'opportunità di ricorrere alle vaccinazioni.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La 65^a Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato il Piano d'Azione Globale per le Vaccinazioni 2011-2020.

Tale piano globale è stato contestualizzato, con riguardo all'Europa, con il Piano d'Azione Europeo per le Vaccinazioni 2015-2020 (EVAP).

L'EVAP è lo strumento per l'implementazione della visione, espressa dal «Decalogo delle vaccinazioni», di un mondo in cui ogni individuo possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle Autorità Sanitarie, e ad una politica coerente con gli obiettivi di «Health 2020».

Proprio a partire dall'EVAP, il Gruppo Interistituzionale di lavoro «Strategie vaccinali», individuato dal Ministro della salute e istituito nell'ambito del Consiglio Superiore di sanità, nel quale sono rappresentate tutte le Istituzioni coinvolte nelle strategie vaccinali, ha predisposto una bozza di Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2016-2018, in cui è incluso il nuovo Calendario nazionale delle vaccinazioni.

Scopo del documento è «l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo (preve-

nendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente».

Nel PNPV sono stati individuati 6 priorità (1. Mantenere lo stato «Polio free»; 2. Perseguire gli obiettivi del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia e rafforzare le azioni per l'eliminazione; 3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la disponibilità dei vaccini; 4. Prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale; 5. Elaborare un Piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni), coerenti con le raccomandazioni dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità espresse nell'EVAP, ed una serie di obiettivi specifici.

In esso, inoltre, è stato disegnato un percorso per il raggiungimento di detti obiettivi, ed è previsto un processo di monitoraggio e valutazione attraverso indicatori.

In particolare, oltre a sviluppare o aggiornare le azioni, nel nuovo PNPV si vuole stimare il costo della mancata vaccinazione, oltre che dell'intervento vaccinale nella sua completezza, e insieme ai bisogni si vogliono individuare fonti di risorse derivanti anche da un meccanismo premiante le realtà che davvero si impegnano per un cambiamento in positivo delle attività vaccinali.

Al tempo stesso, il documento sottolinea il valore etico e sociale delle vaccinazioni, e quanto fondamentale sia la condivisione della consapevolezza della loro efficacia nel determinare un guadagno di

salute, « *in primis* » tra tutti gli operatori sanitari, oltre che nella popolazione generale.

Tale obiettivo è raggiungibile solo con interventi formativi ed educativi mirati, attuati nelle scuole di ogni ordine e grado e nei piani formativi universitari e specialistici delle discipline medico-sanitarie.

Viene affrontato anche il tema della comunicazione da parte dei medici del Servizio Sanitario Nazionale ai propri assistiti e la comunicazione da parte delle Istituzioni centrali, che dovranno essere improntate alla trasparenza e alla profonda conoscenza dei contenuti del PNPV e dei suoi presupposti tecnico-scientifici.

Tra le altre iniziative, segnalo che questo Ministero partecipa ad un tavolo interistituzionale con il MIUR, dove si di-

scutono i temi da introdurre e come includerli nei correnti programmi formativi.

Ai lavori del citato Gruppo Interistituzionale ha preso parte, tra gli altri, anche il coordinatore del Gruppo Interregionale Sanità Pubblica e Screening, in qualità di rappresentante delle Regioni.

Il documento in bozza è stato predisposto secondo modalità che garantissero la massima trasparenza del processo e il perseguimento della piena armonia tra tutti gli attori.

A tale scopo, una volta predisposto dal Gruppo, esso è stato sottoposto al parere del Consiglio Superiore di Sanità, che lo ha approvato nella seduta del 9 giugno 2015, e poi inviato, per la condivisione dei contenuti, al Coordinamento Interregionale della Prevenzione.