

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Istituzione della Fondazione del Museo nazionale di psichiatria del San Lazzaro di Reggio Emilia. Nuovo testo C. 2546 Marchi (Parere alla VII Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>) ..	56
Modifica dell'articolo 403 del codice civile, in materia di intervento della pubblica autorità a favore dei minori. Nuovo testo C. 4299 Agostinelli (Parere alla II Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>)	58
Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Nuovo testo unificato C. 423-608-871-1085-1126-1177-1263-1386-1512-1537-1616-1632-1711-1719-2063-2353-2379-2662-2736-2913-3029/A e abb. (Parere alla IX Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>)	59

INTERROGAZIONI:

5-02484 Binetti: Sulla pubblicità lesiva della dignità professionale medica e forense	61
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i>	63
5-07281 Brignone: Iniziative volte a migliorare la diagnostica della celiachia	61
5-08728 Grillo: Sull'applicazione dell'orario di lavoro nelle strutture ospedaliere	61
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i>	66
5-11533 Gelli: Iniziative volte a consentire al medico di medicina generale la prescrizione delle terapie orali innovative per il trattamento del diabete	61

SEDE REFERENTE:

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. C. 3868 Governo, approvato dal Senato, e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi, C. 3999 Elvira Savino e C. 4556 Elvira Savino. (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>).	62
<i>ALLEGATO 3 (Emendamento 3.105 (Nuova formulazione) del relatore)</i>	68

SEDE CONSULTIVA

Martedì 12 settembre 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLINI.

La seduta comincia alle 13.55.

Istituzione della Fondazione del Museo nazionale di psichiatria del San Lazzaro di Reggio Emilia.

Nuovo testo C. 2546 Marchi.

(Parere alla VII Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Paola BOLDRINI (PD), *relatrice*, fa presente che il nuovo testo della proposta di

legge in esame, elaborato durante l'esame in sede referente presso la Commissione di merito, prevede la costituzione della « Fondazione del Museo nazionale di psichiatria San Lazzaro di Reggio Emilia », che ha tra i suoi scopi quelli di conservare e valorizzare il patrimonio architettonico, storico e documentale degli *ex* Istituti psichiatrici San Lazzaro di Reggio Emilia, nonché di coordinare la rete nazionale dei comuni e delle aziende sanitarie locali sedi di *ex* Istituti psichiatrici.

Preliminarmente evidenzia che dal 1991 opera il Centro di documentazione di storia della psichiatria « San Lazzaro », istituito dall'Unità sanitaria locale n. 9, dalla provincia di Reggio Emilia e dall'Istituto per i beni culturali della Regione Emilia Romagna, che conserva il patrimonio bibliografico, archivistico e iconografico dell'Istituto neuropsichiatrico di San Lazzaro, situato nel vasto complesso di edifici sorto sul luogo destinato dal 1536 all'accoglienza degli alienati. Successivamente, dal 30 settembre 2012, è stato aperto, nel padiglione Lombroso del complesso manicomiale del San Lazzaro, il Museo della psichiatria, che fa parte dei musei civici di Reggio Emilia.

In particolare, l'articolo 1, commi 1 e 2, della proposta di legge in esame, dispone che il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, la regione Emilia-Romagna, i comuni di Modena e di Reggio Emilia, e gli altri comuni delle province di Modena e Reggio Emilia che intendano aderire al progetto, nonché l'azienda sanitaria locale di Reggio Emilia, costituiscono la Fondazione del Museo nazionale di psichiatria San Lazzaro di Reggio Emilia. La Fondazione, al fine di conservare e valorizzare il patrimonio architettonico, storico e documentale degli Istituti psichiatrici – la cui attività è cessata a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978 – promuove la costituzione di una rete nazionale degli enti locali e delle aziende sanitarie locali sedi di analoghi Istituti psichiatrici. L'adesione alla rete è volontaria.

Fa presente che le finalità che devono essere perseguite dalla Fondazione – in

parte anticipate all'articolo 1 nei termini sopra esposti – sono meglio esplicitate all'articolo 3 che, anzitutto, fa salve le competenze del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo. Al riguardo, ricorda che la Direzione generale Archivi di tale Ministero ha da tempo avviato il progetto nazionale « Carte da legare », per la salvaguardia e la tutela degli archivi degli *ex* Ospedali psichiatrici. Ferme restando, dunque, le competenze del predetto Ministero, la Fondazione persegue, anzitutto, la finalità di conservare e valorizzare nella propria struttura che assume la qualifica di Museo nazionale, il patrimonio storico e documentale degli Istituti psichiatrici San Lazzaro di Reggio Emilia, costituito dalla biblioteca, dall'archivio, dagli strumenti di contenzione e di terapia, dai laboratori scientifici e iconografici, dai manufatti, dall'archivio video e fotografico e da quello iconografico relativo agli *ex* ricoverati.

Ulteriore finalità della Fondazione è quella di promuovere e curare ricerche, pubblicazioni e altre iniziative culturali dirette alla conoscenza della storia della psichiatria e degli istituti di cura, compresi gli ospedali psichiatrici giudiziari e le nuove strutture sanitarie regionali che li hanno sostituiti. Infine, come già accennato, la Fondazione coordina la rete nazionale degli enti locali e delle Asl sedi degli Istituti psichiatrici la cui attività è cessata a seguito della legge n. 180 del 1978.

Con riguardo alla natura della Fondazione, che ha sede a Reggio Emilia, l'articolo 2 stabilisce che essa ha personalità giuridica di diritto pubblico, ed è dotata di autonomia funzionale ed amministrativa. La stessa è disciplinata – oltre che dalla legge – dall'atto costitutivo e dallo statuto.

Quest'ultimo, in particolare, definisce – ai sensi dell'articolo 4 – gli organi della Fondazione e ne disciplina funzioni, composizione e modalità di nomina. Sempre in base all'articolo 4, tra gli organi devono comunque essere compresi l'assemblea, il presidente, il consiglio di amministrazione e il collegio dei revisori dei conti. Relativamente al finanziamento, l'articolo 5 pre-

vede che all'onere derivante dall'attuazione di quanto previsto dagli articoli da 1 a 4, pari 500.000 euro annui a decorrere dal 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa relativa al funzionamento degli Istituti afferenti al settore museale (articolo 1, comma 354, della legge n. 208 del 2015) pari, a decorrere dal 2016, a 10 milioni di euro annui.

Osserva che l'articolo 6, che rappresenta probabilmente la norma che investe maggiormente le competenze della XII Commissione, dispone che l'anno 2018 è dedicato alla salute mentale, in occasione della ricorrenza del quarantesimo anniversario dalla data di entrata in vigore della già citata legge n. 180 del 1978. Il Ministero della salute, avvalendosi della collaborazione della Fondazione, indice e sostiene su tutto il territorio nazionale iniziative volte a diffondere la conoscenza della stessa legge n. 180 e dell'importanza storica e sociale dell'abolizione degli ospedali psichiatrici. Ai relativi oneri, pari a 200.000 euro per il 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2018, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Anna Margherita MIOTTO (PD), in merito al contenuto dell'articolo 6, che prevede il sostegno del Ministero della salute, avvalendosi della collaborazione della Fondazione, ad iniziative volte a diffondere la conoscenza della legge n. 180 e dell'importanza storica e sociale dell'abolizione degli ospedali psichiatrici, segnala che sono già operative sul territorio nazionale, a partire da città come Venezia e Trieste, realtà che potrebbero anch'esse collaborare con il Ministero della salute in relazione a tale tema.

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

Modifica dell'articolo 403 del codice civile, in materia di intervento della pubblica autorità a favore dei minori.

Nuovo testo C. 4299 Agostinelli.

(Parere alla II Commissione).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Vittoria D'INCECCO (PD), *relatrice*, ricorda che la proposta di legge all'esame della Commissione riscrive l'articolo 403 del codice civile, che disciplina l'intervento dell'autorità pubblica volto ad allontanare con urgenza un minore da una situazione di pericolo per collocarlo in un ambiente protetto, articolo che dovrebbe avere nel nostro ordinamento un'applicazione residuale. Ad esso si ricorre, infatti, quando – a fronte di una grave difficoltà per il minore, che ne richiede l'allontanamento da un pericolo imminente – non sia già intervenuta l'autorità giudiziaria in applicazione degli articoli 330 (Decadenza dalla responsabilità genitoriale) o 333 (Condotta del genitore pregiudizievole ai figli) del codice civile. Se dunque l'autorità giudiziaria non è ancora intervenuta e della situazione di pericolo in cui versa il minore si accorge chiunque altro, qualsiasi pubblica autorità può immediatamente intervenire per allontanare il minore dal pericolo. In altri termini, la norma assicura la protezione dei minori anche quando un tempestivo provvedimento del giudice non sia possibile, trovando applicazione solo nelle ipotesi di urgente necessità.

Precisa, quindi, che la norma si applica in tre possibili situazioni relative al minore: quando sia moralmente o materialmente abbandonato, quando sia allevato in locali insalubri o pericolosi, quando sia allevato da persone incapaci – per negligenza, immoralità, ignoranza o altri motivi – di provvedere alla sua educazione. Altro presupposto, seppur implicito, è l'urgente necessità di provvedere: il collocamento costituisce un provvedimento provvisorio, destinato ad avere effetto soltanto finché la competente autorità emetta quello definitivo.

La pubblica autorità alla quale fa riferimento l'articolo 403 finisce, oggi, sostanzialmente per coincidere con i servizi sociali locali, ma non è escluso che possano provvedere anche altri, come ad esempio le autorità di pubblica sicurezza. Qualunque sia l'autorità che provvede, dovrà evidentemente poi rivolgersi comunque ai servizi sociali (un tempo agli organi di protezione dell'infanzia, cui fa ancora riferimento il testo della disposizione) per ottenere l'indicazione di persone o istituti idonei ad accogliere il minore e, di regola, incaricarli dell'esecuzione del provvedimento; su tali provvedimenti, e sulle condizioni del minore collocato, autorità e servizi sociali hanno l'obbligo di riferire al più presto al Tribunale per i minorenni.

L'articolo 9, comma 1, della legge sulle adozioni (legge n. 184 del 1983) prevede infatti che « Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio ». Venuto così a conoscenza del provvedimento provvisorio, il Tribunale per i minorenni provvederà in modo definitivo pronunciando ai sensi degli articoli 330, 333 e 336 del codice civile, ovvero degli articoli 4 (procedimento di affidamento familiare) e 10 (procedimento per dichiarare lo stato di abbandono del minore), della legge sulle adozioni, sempre che – cessata la situazione di pericolo – il minore non debba essere semplicemente ricondotto dai genitori.

Osserva che, rispetto alla normativa vigente, la proposta di legge in esame riconduce le ipotesi di intervento della pubblica autorità a due presupposti: evidente stato di abbandono; esposizione del minore a grave pericolo per il suo benessere fisico o psichico.

La proposta di legge, oltre ad aggiornare il riferimento ai servizi sociali, pre-

vede il necessario ascolto del minore, ove consentito dalle circostanze. In particolare, come già previsto dall'ordinamento, deve essere sentito il minore che abbia compiuto 12 anni così come il minore infradodicesimo se ritenuto capace di discernimento. Si prevede che il minore debba essere collocato in un ambiente adeguato alle esigenze del minore e si inserisce il principio in base al quale, in caso di allontanamento del minore, deve essere data priorità al collocamento presso parenti entro il quarto grado.

Infine, il testo in esame specifica – inserendo un secondo comma all'articolo 403 del codice civile – che l'autorità che adotta il provvedimento di allontanamento debba darne notizia al pubblico ministero presso il tribunale per i minorenni entro 24 ore. Il pubblico ministero dovrà verificare la fondatezza dell'intervento e adottare i provvedimenti più opportuni, applicando le disposizioni sulle misure a tutela dei minori previste dal codice civile o dalla legge sulle adozioni.

Nel riservarsi di presentare nella seduta successiva una proposta di parere, tenendo conto anche di eventuali suggerimenti formulati dai colleghi, sottolinea, anche sulla base della sua esperienza di amministratrice locale, che il provvedimento colma alcune lacune che attualmente rendono difficoltosa la messa in sicurezza tempestiva di minori che si trovano in situazione di difficoltà.

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

Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285.

Nuovo testo unificato C. 423-608-871-1085-1126-1177-1263-1386-1512-1537-1616-1632-1711-1719-2063-2353-2379-2662-2736-2913-3029/A e abb.

(Parere alla IX Commissione).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Giuditta PINI (PD), *relatrice*, ricorda che la XII Commissione (Affari sociali) è chiamata ad esprimere il parere alla IX Commissione (Trasporti) sul nuovo testo unificato C. 423-A e abbinate, recante « Modifiche al codice della strada di cui al decreto legislativo n. 285 del 1992 ».

Ricorda, altresì, che la XII Commissione ha già esaminato nel settembre di tre anni fa il testo allora inviato dalla Commissione di merito. Successivamente, l'Assemblea ha deliberato di rinviare in Commissione il testo unificato, che è stato oggetto di un lungo esame in sede di Comitato ristretto presso la Commissione di merito, fino all'approvazione del testo oggi al nostro esame.

Il parere espresso dalla Commissione Affari sociali nel 2014 conteneva due osservazioni: la prima era volta a valutare l'opportunità di reintrodurre la disposizione volta a disciplinare le condizioni per una possibile percorribilità nei due sensi per le biciclette delle strade urbane a senso unico con limite di velocità a trenta km orari. La seconda osservazione invitava a fissare un limite temporale al periodo di ritiro della patente, in modo tale da non escludere la possibilità, socialmente sempre auspicabile anche sul piano della sicurezza, di favorire il recupero della persona oggetto di sanzioni penali a comportamenti socialmente corretti.

In relazione alla prima osservazione, segnala che essa è stata recepita dall'articolo 13, comma 1, lettera *a*). In merito alla seconda osservazione, ricordo che le disposizioni relative alla revoca della patente in caso di morte di persone causata da un conducente in stato di ebbrezza o di alterazione psicofisica causata da sostanze stupefacenti non è più presente in quanto inserita nella proposta di legge in materia di omicidio stradale, nel frattempo divenuta legge.

Per quanto riguarda le altre disposizioni che investono in qualche modo le competenze della XII Commissione segnala, in primo luogo, l'articolo 2-*quater* che, aggiungendo un comma 5-*bis* all'articolo 41 del codice della strada, stabilisce che gli attraversamenti pedonali non se-

maforizzati, ove siano accaduti negli ultimi cinque anni incidenti mortali o con feriti devono essere dotati, a cura dell'ente proprietario della strada, di appositi segnali luminosi di pericolo e di prescrizione nonché di sistemi di videosorveglianza qualora siano situati in prossimità di luoghi quali, ad esempio, scuole, presidi sanitari, centri per anziani o uffici pubblici, particolarmente frequentati da pedoni.

L'articolo 5-*bis* è diretto ad aumentare i limiti d'età per l'obbligo di sottoporsi a visita medica per il rinnovo della patente per guidare veicoli pesanti. In particolare, viene portata da 65 a 68 anni l'età in cui è autorizzata la guida di autotreni e autoarticolati di massa complessiva superiore a 20 tonnellate ed è portata da 68 a 70 anni la possibilità di proroga dell'autorizzazione previa visita medica specialistica annuale che attesti il permanere dei requisiti fisici e psichici per la guida di tali mezzi. Con riferimento ai mezzi adibiti al trasporto di persone quali bus, autosnodati, autoarticolati, viene elevata da 60 a 65 anni l'età in cui è autorizzata la guida i tali mezzi e da 68 a 70 anni la possibilità di proroga dell'autorizzazione previa visita medica annuale.

L'articolo 9 modifica l'articolo 158 del codice della strada in materia di sosta delle biciclette sui marciapiedi e nelle aree pedonali. In particolare esso consente, attraverso l'inserimento di un nuovo comma 4-*bis*, la sosta delle biciclette sui marciapiedi e all'interno delle aree pedonali, in mancanza di apposite attrezzature di parcheggio; si precisa che in ogni caso la bicicletta non deve creare intralcio ai pedoni e non deve essere collocata lungo i percorsi tattili per i disabili visivi. Il testo esaminato tre anni fa conteneva, all'articolo 7, identica disposizione.

Fa presente, infine, che l'articolo 10-*bis* introduce l'obbligo di prevedere che i sistemi di ritenuta per bambini, negli autoveicoli, siano equipaggiati unitamente ad un dispositivo di allarme anti-abbandono le cui specifiche tecnico-costruttive saranno stabilite con regolamento del Mini-

stero delle infrastrutture e dei trasporti da adottare entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge.

L'obbligo di utilizzo di questi dispositivi diviene operativo decorsi sei mesi dall'entrata in vigore del regolamento sopra indicato.

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

La seduta termina alle 14.20.

INTERROGAZIONI

Martedì 12 settembre 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLLINI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 14.20.

5-02484 Binetti: Sulla pubblicità lesiva della dignità professionale medica e forense.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Paola BINETTI (Misto-UDC-IDEA), replicando, osserva che, fatta eccezione per la parte finale, la risposta fornita dal sottosegretario Faraone affronta il tema della responsabilità professionale del personale sanitario, oggetto anche di uno specifico provvedimento esaminato in maniera approfondita dalla Commissione affari sociali e oramai divenuto legge (legge n. 24 del 2017), senza entrare nello specifico del quesito posto. Sottolinea, infatti, che l'atto di sindacato ispettivo da lei presentato era volto a scongiurare il proliferare di campagne pubblicitarie che finiscono per acuire una contrapposizione tra personale sanitario ed avvocati. Al riguardo, rileva che la comunicazione deve essere considerata parte integrante del vissuto di una patologia, segnalando che

una logica di scontro porta ad acuire l'ansia da insicurezza e la tensione.

Occorre, pertanto, che vi sia un impegno del Governo nel senso di promuovere un'etica del confronto, al fine di facilitare il dialogo tra tutti i soggetti coinvolti.

5-07281 Brignone: Iniziative volte a migliorare la diagnostica della celiachia.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, avverte che, su richiesta della presentatrice e acquisita la disponibilità del rappresentante del Governo, lo svolgimento dell'interrogazione in titolo è rinviato ad altra seduta.

5-08728 Grillo: Sull'applicazione dell'orario di lavoro nelle strutture ospedaliere.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Dalila NESCI (M5S), replicando, in qualità di cofirmataria dell'interrogazione in titolo, prende atto che dalla risposta emerge un ulteriore differimento delle procedure di reclutamento del personale sanitario, ribadendo la delicatezza del tema e rimarcando la necessità di trovare soluzioni adeguate.

Sottolinea la continuità dell'impegno del Movimento 5 Stelle su tale problematica, preannunciando l'intenzione proseguire nell'attività di monitoraggio anche attraverso la presentazione di ulteriori atti di sindacato ispettivo, in particolare per quanto riguarda le regioni in piano di rientro.

5-11533 Gelli: Iniziative volte a consentire al medico di medicina generale la prescrizione delle terapie orali innovative per il trattamento del diabete.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, avverte che, su richiesta del presentatore e acquisita la disponibilità del rappresentante del Governo, lo svolgimento dell'interrogazione in titolo è rinviato ad altra seduta.

Dichiara, quindi, concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.40.

SEDE REFERENTE

Martedì 12 settembre 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLLINI.

La seduta comincia alle 14.40.

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

C. 3868 Governo, approvato dal Senato, e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi, C. 3999 Elvira Savino e C. 4556 Elvira Savino.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 2 agosto 2017.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta del 2 agosto

scorso si è concluso l'esame di tutte le proposte emendative riferite all'articolo 1, concernente il tema della sperimentazione clinica, e che si era già concluso in precedenza l'esame degli emendamenti presentati all'articolo 2.

Ricorda, altresì, che sono stati votati tutti gli emendamenti riferiti all'articolo 3 ad eccezione dei seguenti emendamenti, che risultano accantonati: Elvira Savino 3.101, Lenzi 3.11, Grillo 3.53, Lenzi 3.32 e 3.105 del Relatore. Al riguardo, fa presente che è stata depositata una riformulazione dell'emendamento 3.105 del Relatore (*vedi allegato 3*), che era stato presentato nei termini – esso è, infatti, pubblicato nel fascicolo degli emendamenti – e, pertanto, non si renderebbe necessaria la fissazione di un termine per la presentazione di eventuali subemendamenti. Tuttavia, trattandosi di una proposta emendativa rilevante, volta a modificare la procedura attualmente prevista dalla legge n. 43 del 2006 per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie, la presidenza ha inteso prevedere un termine per la presentazione di eventuali subemendamenti alla nuova formulazione dell'emendamento 3.105 del Relatore, fissandolo alle ore 18 della giornata odierna.

Nessuno chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

ALLEGATO 1

5-02484 Binetti: Sulla pubblicità lesiva della dignità professionale medica e forense.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio l'onorevole interrogante poiché mi consente di illustrare le iniziative che in questi anni il Ministero della salute, anche grazie al decisivo contributo del Parlamento e delle sollecitazioni quali quelle contenute nell'atto ispettivo in esame, è riuscito ad adottare per affrontare e – si spera – risolvere definitivamente le disfunzioni causate dalla c.d. medicina difensiva.

È ben noto come negli ultimi anni, a causa di un allarmante incremento del numero dei contenziosi in ambito medico, si è assistito ad un sempre più frequente ricorso, da parte del professionista sanitario, all'adozione di scelte diagnostico-terapeutiche finalizzate non tanto alla erogazione della migliore prestazione sanitaria, quanto alla riduzione del rischio di addebiti di responsabilità a proprio carico.

Le ragioni dell'incremento della litigiosità derivano, invero, da una molteplicità di fattori, non tutti negativi: l'accresciuta aspettativa di vita, l'ampliamento del danno risarcibile operato dalla giurisprudenza, una maggiore consapevolezza dei diritti dell'ammalato.

In tale contesto di accresciuta conflittualità non sono, tuttavia, mancati, come ha ricordato l'On.le interrogante, anche spot (o comunque altre manifestazioni mediatiche) tali da fornire rappresentazioni esasperate della realtà e da minare ulteriormente il delicatissimo rapporto medico-paziente.

Ciò posto, non vi è dubbio che, in estrema sintesi, l'abuso della medicina di-

fensiva costituisca un danno sia per la sicurezza delle cure che per i costi complessivi della spesa sanitaria.

Nella consapevolezza di tali problematiche il Ministero della salute è intervenuto sul tema con il decreto-legge n. 158 del 2012, il quale, in considerazione dell'alto rischio insito nell'attività medica, ha cercato di dare una risposta alle criticità derivanti dalla rigida applicazione dei principi generali del codice civile e penale in materia di responsabilità professionale.

Dopo aver effettuato ulteriori approfondimenti con tutti gli attori del sistema, anche nell'ambito di audizioni di professionisti, docenti universitari ed avvocati, si è ritenuto che fosse necessario intervenire nuovamente, e in modo organico, in materia.

Nel 2015 è stata pertanto istituita presso il Ministero della salute un'apposita Commissione, composta da giuristi, medici ed esperti per elaborare una proposta in grado di risolvere i nodi non ancora sciolti della complessa tematica.

Gli esiti dei lavori della Commissione, condivisi dal Ministro della salute, sono stati successivamente inviati al Parlamento, presso il quale, come noto, pendevano diverse proposte di legge in materia.

In questo contesto di forte condivisione tra Governo e Parlamento in un tema così delicato – nell'ambito del quale occorre, da un lato, assicurare ai professionisti la giusta serenità nell'esercizio della propria attività e dall'altro garantire i cittadini incorsi in casi di *malpractice* – si è, dunque, resa possibile l'approvazione della legge n. 24 del 2017 (recante disposizioni

in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie).

La novella, nel ridisciplinare la materia, dopo aver introdotto specifiche disposizioni volte a garantire il diritto dei cittadini ad essere risarciti nelle ipotesi di reali profili di responsabilità del professionista o della struttura, ha assicurato, al contempo, regole più certe per i professionisti stessi, affinché nello svolgimento della propria attività non perdano mai di vista la centralità del paziente.

Mi riferisco all'introduzione di norme generali sulla sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute sia dell'individuo che della collettività ed, in particolare, a tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico da parte delle aziende sanitarie alle quali deve partecipare tutto il personale sanitario.

È stata prevista, inoltre, l'istituzione in ogni Regione di un centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, con il compito di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie i dati sui rischi degli eventi avversi e sul contenzioso e di trasmetterli annualmente, mediante procedura telematica, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, sul cui operato il Ministro della salute è chiamato a riferire annualmente al Parlamento.

La citata legge ha previsto, altresì, che gli esercenti le professioni sanitarie si attengano, salvo le specificità del caso, alle raccomandazioni previste dalle linee guida, che saranno elaborate da enti ed istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito presso il Ministero della salute.

Un'altra novità significativa introdotta dalla recente legge è l'introduzione nel codice penale di una fattispecie autonoma di reato per « responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario » tenendo conto delle peculiarità dell'attività svolta dai professionisti sanitari, si è

disposto che, qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità in sede penale è esclusa se sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge sempre che queste risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Sono state inoltre dettate specifiche disposizioni in materia di responsabilità civile delle strutture e dei professionisti sanitari. In considerazione, infatti, del diverso rapporto giuridico che si instaura tra il paziente ed il medico, a seconda che quest'ultimo agisca quale libero professionista o quale dipendente di una struttura sanitaria, è stato disposto che la responsabilità professionale sia di tipo contrattuale per il libero professionista (e per le strutture) ed extracontrattuale per il professionista dipendente, con importanti ricadute sui termini di prescrizione dell'azione (10 anni nel primo caso e 5 anni laddove trattasi di professionista dipendente) oltre che sull'onere della prova (poiché nel caso del professionista dipendente ricadrà sul danneggiato l'onere di provare la negligenza, l'imprudenza o l'imperizia del medico).

Si è, inoltre, demandato ad un regolamento interministeriale – in corso di adozione – l'istituzione di un apposito Fondo di garanzia per i casi di *malpractice* volto a risarcire le vittime nel caso in cui non si possa provvedere con le assicurazioni.

È stato, poi, introdotto l'obbligo di esperire preliminarmente, nei giudizi civili, un tentativo obbligatorio di conciliazione, quale condizione di procedibilità stessa dell'azione di risarcimento del danno. Ciò al fine di accelerare l'*iter* dei procedimenti e deflazionare i contenziosi.

Infine, il provvedimento di legge ha previsto che le consulenze tecniche nei giudizi civili e penali siano affidate non solo al medico legale, ma anche ad uno specialista nella disciplina oggetto di contenzioso: ciò affinché le valutazioni tecniche su cui si baserà il giudizio siano sempre compiute da esperti della materia.

È di tutta evidenza, quindi, che la recente riforma legislativa si propone di determinare ricadute positive sia sulla ri-

duzione della cosiddetta medicina difensiva che sulla riduzione del contenzioso. Tutto ciò, inoltre, potrà contribuire progressivamente a ripristinare l'imprescindibile rapporto di fiducia medico-paziente

nonché, auspicabilmente, ad evitare la riproposizione di rappresentazioni della realtà esasperate, quali quelle contenute negli *spot* indicati nell'interrogazione in esame.

ALLEGATO 2

5-08728 Grillo: Sull'applicazione dell'orario di lavoro nelle strutture ospedaliere.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Gli onorevoli interroganti hanno posto una problematica davvero rilevante, sulla quale il Ministero della salute – nella piena consapevolezza che i livelli delle prestazioni assistenziali sono collegati ad una seria organizzazione del personale – è impegnato da anni, con azioni concrete, e molte assai recenti, che mi appresto ora sinteticamente ad illustrare.

Ricordo, infatti, che la legge n. 208 del 2015 (legge di stabilità 2016) ha previsto un primo intervento, volto a realizzare un piano straordinario di assunzioni nel Servizio Sanitario Nazionale – in parte riservate ai precari – anche al fine di consentire il rispetto della nuova disciplina sull'orario di lavoro.

In particolare, tale legge ha disposto che le Regioni definiscano i propri fabbisogni di personale tenendo conto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni vigenti in materia di costo del personale, facendo riferimento a tutte le professionalità sanitarie per le quali abbiano rilevato effettive esigenze assunzionali.

Laddove, sulla base del piano del fabbisogno del personale, emergano criticità, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possono, dunque, indire procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico professionale e infermieristico.

A tale specifico riguardo, desidero rimarcare che con la recente approvazione della riforma del testo unico del pubblico impiego (decreto legislativo n. 75 del 25 maggio 2017) i termini inizialmente previsti dalla legge di stabilità 2016 per l'espletamento delle richiamate procedure

concorsuali straordinarie sono stati ulteriormente prorogati: ciò al fine di consentire alle Regioni e alle province autonome che non l'hanno fatto di indire le citate procedure straordinarie entro il 31 dicembre 2018 e di concluderle entro il 31 dicembre 2019.

Oltre tali interventi, di carattere straordinario, si è voluto investire concretamente anche su misure di natura strutturale: mi riferisco all'ultima legge di bilancio, che ha previsto, nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il vincolo specifico di una quota pari a 75 milioni di euro per l'anno 2017 e a 150 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per fare fronte agli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale sanitario.

Tali nuove misure, aggiuntive rispetto a quelle già previste nella legge di stabilità per il 2016, rappresentano, pertanto, l'inizio di un cammino che porterà al ripristino di un « fisiologico *turn over* » del personale.

Con specifico riferimento alla valutazione dei fabbisogni assunzionali indicati dalle Regioni, si fa presente che essa è demandata dalla legge al Tavolo di verifica degli adempimenti ed al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015.

A fronte della notevole complessità delle attività di verifica indicate dalla legge, i predetti Tavoli hanno assegnato priorità alle figure professionali dei medici, infermieri e operatori socio sanitari, operanti nell'ambito del settore ospedaliero, nonché

alla valutazione delle regioni che hanno evidenziato maggiori criticità. In particolare, nel corso delle riunioni tenutesi presso il MEF nel mese di dicembre 2016, con riferimento alle informazioni comunicate dalle Regioni sulle consistenze di personale al 31 dicembre 2015, sono stati valutati i piani di fabbisogno delle Regioni Calabria, Lazio, Molise e Sicilia.

A seguito di tali valutazioni, laddove è emersa una dotazione di personale sotto-dimensionata rispetto al fabbisogno ritenuto necessario per la garanzia dei Lea, le Regioni sono state autorizzate a procedere all'assunzione/stabilizzazione delle figure professionali di medici, infermieri e OSS.

L'attività di verifica è poi proseguita, nell'anno in corso, integrando la valutazione dei Tavoli ad ulteriori figure professionali, non ancora inserite nella metodologia, nonché agli ulteriori settori dell'assistenza sanitaria, distrettuale e di prevenzione.

Recentemente, in particolare, sono stati elaborati dei criteri per la definizione del fabbisogno teorico delle ostetriche ed è stato rimodulato il criterio di stima del fabbisogno teorico degli anestesisti.

Concludo, comunicando che ad oggi due regioni, il Lazio e la Calabria, hanno

proceduto alla elaborazione di provvedimenti commissariali volti ad autorizzare le aziende sanitarie all'indizione di procedure concorsuali ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 208 del 2015, che i Tavoli preposti hanno valutato nelle riunioni di verifica dei piani di rientro tenutesi ad aprile 2017 per la regione Lazio e a luglio 2017 per la regione Calabria.

In merito alle altre regioni, devo comunicare che, al fine di addivenire ad una definizione più efficace ed aderente alle singole realtà locali, che sono risultate – sotto lo specifico aspetto oggetto di questa interrogazione – particolarmente differenziate tra di loro, si è reso necessario adottare una nuova metodologia dell'attività di verifica, che è stata sottoposta alle regioni medesime e che è in attesa della loro definitiva condivisione, in grado di tener conto di tali diversità.

A tale ultimo riguardo, posso dare assicurazione agli onorevoli interroganti che le attività di verifica, rinnovate nella loro metodologia nel senso che si è detto, si concluderanno celermente. In ogni caso sarà mia premura comunicare a questa Commissione l'esito di tali attività o, comunque, il loro stato di avanzamento.

ALLEGATO 3

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. C. 3868 Governo, approvato dal Senato, e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi, C. 3999 Elvira Savino e C. 4556 Elvira Savino.

EMENDAMENTO 3.105 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE

ART. 3.

Sopprimere il comma 14.

Conseguentemente, dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

« ART. 3-bis. (Modifica alla legge 1° febbraio 2006, n. 43). – 1. L'articolo 5 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, è sostituito dal seguente: « Art. 5. (Individuazione e istituzione di nuove professioni sanitarie). – 1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute, ovvero su iniziativa delle associazioni professionali rappresentative di coloro che intendono ottenere tale riconoscimento. A tal fine, le associazioni interessate inviano istanza motivata al Ministero della salute, che si pronuncia entro i successivi sei mesi e, in caso di valutazione positiva, attiva la procedura di cui al comma 2.

2. L'istituzione di nuove professioni sanitarie è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, previo parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale, l'ambito di attività di ciascuna professione, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, è definito l'ordinamento didattico della formazione universitaria delle nuove professioni sanitarie individuate ai sensi del presente articolo.

4. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse ».

3. 105. (Nuova formulazione). Il Relatore.