

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario. C. 3687 Governo, approvato dal Senato, e abb. (Parere alla VII Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	195
Schema di Decisione di finanza pubblica per gli anni 2011-2013. Doc. LVII, n. 3 (Parere alla V Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	195

SEDE REFERENTE:

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato. C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	197
Disposizioni in materia di sicurezza degli impianti protesici mammari. C. 670 Lussana, C. 1179 Mancuso e C. 3703 Governo (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	198

INDAGINE CONOSCITIVA:

Deliberazione di una indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abbinate proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti « Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato » (<i>Deliberazione</i>)	198
---	-----

INTERROGAZIONI:

5-02802 Marchioni: Attuazione delle norme sui medicinali omeopatici di cui al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219	200
ALLEGATO 1 (<i>Testo della risposta</i>)	202
5-02977 Polledri e Laura Molteni: Programmazione degli interventi di edilizia sanitaria per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico	200
ALLEGATO 2 (<i>Testo della risposta</i>)	203
5-03292 Pedoto: Obiettivi nazionali e internazionali di prevenzione e lotta all'AIDS	200
ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>)	205
5-02805 Farina Coscioni: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.	
5-02974 Codurelli: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità	200
ALLEGATO 4 (<i>Testo della risposta</i>)	209
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	201
AVVERTENZA	201

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 6 ottobre 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

La seduta comincia alle 14.20.

Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario.

C. 3687 Governo, approvato dal Senato, e abb.

(Parere alla VII Commissione).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 30 settembre 2010.

Francesco STAGNO D'ALCONTRES (PdL), *relatore*, formula una proposta di parere favorevole.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

Schema di Decisione di finanza pubblica per gli anni 2011-2013.

Doc. LVII, n. 3.

(Parere alla V Commissione).

(Esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Lucio BARANI (PdL), *relatore*, ricorda che la Decisione di Finanza Pubblica per gli anni 2011-2013 (DFP), trasmessa alle Camere il 30 settembre 2010, costituisce il nuovo documento di programmazione economica e finanziaria – previsto dalla legge di riforma della contabilità (legge n. 196 del 2009) – che sostituisce il Documento di programmazione economico-finanziaria (DPEF) previsto dalla precedente disciplina contabile (legge n. 468 del 1978). Ai sensi dell'articolo 10 della nuova legge di

contabilità, la DFP indica gli obiettivi di politica economica e il quadro delle previsioni economiche e di finanza pubblica almeno per il triennio successivo. Essa reca, inoltre, quale importante novità rispetto al precedente DPEF, la definizione degli obiettivi programmatici articolati per i tre sottosettori del conto delle amministrazioni pubbliche, relativi all'amministrazione centrale, alle amministrazioni locali e agli enti di previdenza.

Per quanto concerne i contenuti specifici della DFP in esame, osserva come nel documento si precisi che, avendo il Governo anticipato all'inizio dell'estate la manovra triennale di finanza pubblica 2011-2013 (decreto-legge n. 78 del 2010), la DFP per gli anni 2011-2013 si limita a recepire gli effetti del citato decreto-legge di manovra, confermando nella sostanza – salvo alcune marginali modifiche derivanti dal quadro macroeconomico – gli obiettivi programmatici già esposti nella Relazione unificata sull'economia e la finanza pubblica (RUEF) per il 2010, presentata a maggio scorso.

Nella premessa viene, inoltre, sottolineato il superamento della DFP quale documento di programmazione economica e finanziaria alla luce della ormai prossima riforma della politica economica europea, che si sta sviluppando e discutendo in questi giorni, in vista dell'approvazione – probabilmente già da questo autunno – di una nuova versione del Patto di stabilità e crescita. Secondo quanto riportato nella premessa allo schema di DFP, i nuovi documenti politico-contabili europei (*Stability Program, National Reform Program*), che dovranno essere presentati da ciascun Paese prima della fine dell'anno, assumeranno una « centralità politica assoluta ed assorbente ». Sarà conseguentemente all'interno di questo nuovo schema europeo, e non all'interno dello schema di DFP, che si concentrerà la discussione sulla politica economica. Alla luce di tali circostanze la Decisione in esame è da considerarsi – come sottolineato nella premessa del documento – « sostanzialmente e politicamente già superata ».

Rileva, quindi, che il documento in esame prevede, nell'ambito del quadro programmatico: un incremento (in termini reali) del prodotto interno lordo (PIL), pari all'1,2 per cento nel 2010, all'1,3 per cento nel 2011 e al 2,0 per cento per ciascuno degli anni 2012 e 2013; un valore del tasso di disoccupazione pari all'8,7 per cento per ciascuno degli anni 2010 e 2011, all'8,6 per cento per il 2012 e all'8,4 per cento per il 2013; un incremento del tasso di occupazione (dal 57,1 per cento – valore previsto per il 2010 – al 58,6 per cento – previsto per il 2013); un tasso di inflazione programmata pari all'1,5 per cento per ciascuno degli anni 2010-2013; il conseguimento dell'obiettivo di ricondurre l'indebitamento netto al di sotto del 3 per cento del PIL entro il 2012 (il tasso previsto è pari al 5,0 per cento nel 2010, al 3,9 per cento nel 2011, al 2,7 per cento nel 2012 e al 2,2 per cento nel 2013).

Quanto alla parte di specifica competenza della Commissione, ricorda, in particolare, che per la spesa sanitaria corrente il documento prevede che il rapporto tra essa e il PIL sia pari al 7,4 per cento nel 2010 e al 7,2 per cento per ciascuno degli anni 2011-2013 (nel 2009 il rapporto era pari al 7,3 per cento).

La nota metodologica allegata al documento osserva che le previsioni sulla spesa sanitaria sono state elaborate sulla base delle informazioni sulla dinamica della spesa rilevate attraverso l'attività di monitoraggio relativa al secondo trimestre 2010, oltre che sulla base dell'aggiornamento del quadro macroeconomico predisposto per il periodo di riferimento e dei risparmi derivanti dal proseguimento dei piani di rientro dai disavanzi in alcune regioni. Il documento ricorda, inoltre, che, tra le misure adottate con il recente decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122), vi sono quelle che determinano risparmi per la spesa farmaceutica (circa 0,6 miliardi di euro per ciascuno degli anni 2011-2013), ottenuti con la riduzione delle quote di spettanza riconosciute alla filiera della distribuzione del farmaco e con l'individuazione da

parte dell'AIFA di misure per la razionalizzazione dell'impiego dei medicinali.

Osserva, infine, che il documento non si sofferma sulle linee future di intervento nel settore sanitario, limitandosi solo a brevi cenni in materia. In particolare, il documento rileva che, nel corso del 2010, l'azione di riforma in seno alla pubblica amministrazione verrà ulteriormente implementata con la revisione del Codice dell'amministrazione digitale (CAD), la quale « ridefinisce l'impianto di norme atte ad accelerare il processo di digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche, accompagnando le politiche messe in atto in tema di e-government finalizzate prioritariamente a un dialogo più immediato e semplice con cittadini e imprese e alla realizzazione di processi produttivi e organizzativi più efficienti nei settori della giustizia, della sanità e dell'istruzione ».

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che, non essendo previste votazioni in Assemblea nella giornata di domani, la Commissione, se non vi sono obiezioni, potrebbe procedere alla votazione sulla proposta di parere del relatore già nella seduta odierna.

Paola BINETTI (UdC) ritiene che, data l'importanza del tema trattato, il relatore dovrebbe pronunciarsi sull'opportunità di procedere alla votazione già nella seduta odierna.

Lucio BARANI (PdL), *relatore*, fa presente che, come emerge dalla relazione che ha testé svolto, i profili di competenza della Commissione sono molto contenuti e, pertanto, possono essere esaminati anche in tempi più ristretti in quelli normalmente dedicati all'esame in sede consultiva.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, in aggiunta a quanto detto dal relatore, ricorda che il documento in esame recepisce, di fatto, i contenuti della manovra di finanza pubblica già approvata prima della pausa estiva, come del resto ricordato dallo stesso relatore.

Paola BINETTI (UdC) annuncia, anche a nome del suo gruppo, l'astensione sulla proposta di parere del relatore.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 14.35.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 6 ottobre 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 14.35.

Norme per la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato.

C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 5 ottobre 2010.

Domenico DI VIRGILIO (PdL) auspica che, come richiesto anche dalla collega Pedoto, nel progetto di legge in esame sia inserita una norma sulla conservazione e sull'utilizzo del sangue cordonale. Invita, inoltre, i colleghi a valutare l'opportunità di garantire la continuità assistenziale nei confronti della donna in gravidanza da parte del ginecologo di sua fiducia, anche al momento del parto.

Vittoria D'INCECCO (PD), premesso di condividere l'impostazione e le finalità dei progetti di legge in esame, apprezza, in particolare, la scelta di riconoscere pienamente l'importanza del ruolo del neonatologo al momento del parto, di garantire la segretezza del parto alle donne che ne

facciano richiesta e di promuovere il parto fisiologico. A tale ultimo riguardo, sottolinea la necessità di assicurare alle donne la possibilità di ricorrere all'analgesia nel travaglio di parto, ricordando come il ricorso eccessivo al parto con taglio cesareo dipenda anche dalla difficoltà di accedere all'analgesia nell'ambito del parto fisiologico, oltre che dalla ingiustificata differenziazione dei rispettivi DRG.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, avverte che il Governo si riserva di intervenire nel prosieguo dell'esame.

Replicando, quindi, brevemente ai colleghi intervenuti, che ringrazia per gli importanti contributi forniti alla discussione, osserva come vada tenuto costantemente presente il problema delle competenze regionali in materia e come, pertanto, l'intervento legislativo statale debba limitarsi alla definizione delle linee generali. Sottolinea, altresì, l'importanza di assicurare alle donne il ricorso all'analgesia nel travaglio di parto, inserendola nei nuovi livelli essenziali di assistenza. Dichiarata, inoltre, di condividere il richiamo della collega Murer all'importanza della figura del mediatore culturale, ricordando come vi sia, in effetti, una maggiore incidenza di complicazioni nei parti di cittadine straniere. Ritiene, quindi, che il tema della razionalizzazione dei punti nascita, richiamato tra gli altri dal collega Burtone, debba essere affrontato sulla base non solo del numero dei parti effettuati in un anno, ma anche della ubicazione geografica delle strutture e della conformazione del territorio in cui si trovano. Ricorda, altresì, l'opportunità di diversificare i punti nascita sulla base di differenti livelli, corrispondenti al grado di prevedibile difficoltà del parto. Sottolinea, quindi, il problema della carenza di unità di terapia intensiva neonatale, ricordando come il trasporto del neonato dalla struttura dove ha avuto luogo il parto a quella dotata di tali unità costituisca un chiaro fattore di rischio. Richiama, inoltre, l'esigenza di garantire alle puerpere l'assistenza psicologica, soprattutto nel caso di donne che si trovino ad affrontare da sole la loro ma-

ternità. Quanto al problema dell'utilizzo del sangue cordonale, sollevato da diversi colleghi, ritiene che la Commissione debba riprendere al più presto l'esame dei progetti di legge in materia, possibilmente già nella prossima settimana. Dopo aver evidenziato il problema della formazione del personale medico ginecologico, con particolare riguardo alla formazione ostetrica, sottolinea l'estrema delicatezza del tema della continuità assistenziale, sollevato dal collega Di Virgilio. In proposito, osserva che, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, la responsabilità deve essere chiaramente attribuita al ginecologo di guardia, superando l'attuale confusione e gli abusi di quei ginecologi che, oggi, ricevono compensi in nero per parti effettuati presso le stesse strutture pubbliche. Ritiene, infine, che il problema della riduzione dei parti con taglio cesareo debba essere affrontato iniziando dalle realtà in cui si registrano i picchi più elevati.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di sicurezza degli impianti protesici mammari.

C. 670 Lussana, C. 1179 Mancuso e C. 3703 Governo.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 28 settembre 2010.

Francesco STAGNO D'ALCONTRES (Pdl) esprime perplessità sull'opportunità del provvedimento in esame, ritenendo che le pur lodevoli finalità che esso persegue avrebbero potuto essere raggiunte con l'emanazione di una semplice circolare ministeriale. In particolare, la qualità dei dispositivi medici introdotti sul mercato dovrebbe essere attentamente valutata dalla Commissione unica sui dispositivi medici al momento di autorizzarne l'immissione in commercio. Analogamente, bisognerebbe esercitare un controllo più

attento sui professionisti che applicano tali dispositivi; in proposito, ritiene che una riserva di trattamento risulterebbe assai più utile dell'istituzione di un registro. Quanto ai presunti rischi connessi all'utilizzo di detti dispositivi, ricorda come negli USA sia stato valutato ed escluso il rischio sia di patologie autoimmuni sia di conseguenze di tipo cancerogeno. Questo genere di rischi, infatti, può oggi essere efficacemente prevenuto mediante il ricorso alla diagnostica strumentale. Dichiara, quindi, che le sue perplessità sono ampiamente condivise nell'ambito della Società italiana di chirurgia plastica, sebbene venga apprezzato il limite posto all'applicazione dei dispositivi medici in discorso su soggetti minori di età. Alla luce di quanto esposto e in considerazione del fatto che molti dei dati che dovrebbero confluire nel registro sono già oggi pienamente noti, ritiene che un provvedimento legislativo in materia sia del tutto inutile.

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

La seduta termina alle 15.05.

INDAGINE CONOSCITIVA

Mercoledì 6 ottobre 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

La seduta comincia alle 15.05.

Deliberazione di una indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abbinare proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti «Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato».

(Deliberazione).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, sulla base di quanto convenuto in seno all'ufficio di presidenza, integrato dai rappre-

senti dei gruppi, nella riunione del 22 settembre scorso, essendo stata acquisita l'intesa del Presidente della Camera dei deputati, ai sensi dell'articolo 144, comma 1, del regolamento, propone di deliberare lo svolgimento di un'indagine conoscitiva secondo il seguente programma:

PROGRAMMA DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

In relazione alle abbinare proposte di legge recanti « Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato » (C. 918 Marinello, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo e C. 3303 Lucà), delle quali è in corso l'esame in sede referente, la XII Commissione (Affari sociali) si propone, anche alla luce dei recenti fatti di cronaca, di acquisire elementi di conoscenza sullo stato dell'assistenza sanitaria al parto e dell'assistenza neonatale, nonché sulla qualità delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale alla partoriente e al bambino al momento della nascita, mediante lo svolgimento di un'indagine conoscitiva ai sensi dell'articolo 79, comma 5, del regolamento, volta a raccogliere dati, in particolare, sul numero di parti effettuati con taglio cesareo in rapporto al numero dei parti fisiologici, sul ricorso alla terapia antalgica e al controllo del dolore nel travaglio di parto nelle diverse realtà regionali, sulla quantità di parti effettuati nei « punti nascita » delle diverse realtà ospedaliere, nonché ogni altro elemento utile ai fini di introdurre nell'ordinamento modifiche o innovazioni normative in linea con gli standard richiesti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e con le esigenze effettive di tutela della salute della madre e del bambino.

Nell'ambito di tale indagine conoscitiva, si propone di procedere allo svolgimento delle seguenti audizioni:

Ministro della salute;

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO);

Società italiana di neonatologia (SIN);

Società italiana di pediatria (SIP);

Società italiana di medicina perinatale (SIMP);

Società italiana di anestesia e rianimazione (SIAARTI);

Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI);

Associazione ginecologi universitari italiani (AGUI);

Associazione ginecologi consultoriali;

Federazione nazionale collegi ostetriche (FNCO);

Istituto superiore di sanità – Reparto « Salute donna e dell'età evolutiva ».

Inoltre, la Commissione intende effettuare sopralluoghi e missioni di studio sul territorio italiano, visitando i « punti nascita » delle diverse realtà regionali, in modo da acquisire dati e informazioni su un campione significativo di « punti nascita », nel numero massimo di due ospedali per area territoriale (Nord-Centro-Sud). La Commissione ritiene opportuno, infine, completare l'acquisizione di conoscenze in materia tramite lo svolgimento di missioni di studio nei paesi europei con il minor numero di parti effettuati tramite taglio cesareo e con un'elevata qualità dell'assistenza al parto e neonatale (ad esempio: Olanda, Slovenia e Norvegia).

L'indagine conoscitiva dovrebbe concludersi entro la fine del mese di gennaio 2011.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di svolgere l'indagine conoscitiva sulla base del programma illustrato dal presidente.

La seduta termina alle 15.10.

INTERROGAZIONI

Mercoledì 6 ottobre 2010. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 15.10.

5-02802 Marchioni: Attuazione delle norme sui medicinali omeopatici di cui al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.

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

Elisa MARCHIONI (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta. Dopo aver ricordato l'importanza del ricorso ai farmaci omeopatici in Italia, osserva come la procedura seguita dal Governo e descritta nella risposta all'atto di sindacato denoti una sostanziale mancanza di attenzione verso questo settore. Ritiene, infatti, che l'autorizzazione all'immissione in commercio di tali medicinali costituisca una fondamentale esigenza di certezza per le imprese e di sicurezza per quanti ne fanno uso.

5-02977 Polledri e Laura Molteni: Programmazione degli interventi di edilizia sanitaria per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

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

Massimo POLLEDRI (LNP), replicando, si dichiara soddisfatto. Osserva, peraltro, come la sua interrogazione fosse volta soprattutto a richiamare l'attenzione del Governo sul modo in cui vengono utilizzate le risorse destinate all'aggiornamento tecnologico delle strutture sanitarie e sull'opportunità di fissare precisi criteri in

proposito, anche al fine di evitare spese improprie, a detrimento degli altri interventi finanziabili con le risorse in questione.

5-03292 Pedoto: Obiettivi nazionali e internazionali di prevenzione e lotta all'AIDS.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta. Sottolinea, infatti, come l'interrogazione non avesse ad oggetto tanto l'impegno del Governo nella lotta all'AIDS in Italia, quanto piuttosto il mancato adempimento agli impegni assunti in ambito internazionale per il contrasto della malattia nei Paesi più colpiti. Ritiene, inoltre, che il Governo non possa trincerarsi dietro la mancata competenza del Ministero della salute su tale materia, ma abbia, invece, il dovere di acquisire dal Ministero degli esteri e fornire al Parlamento le informazioni richieste. Dopo aver ricordato come ventuno associazioni impegnate nella lotta all'AIDS abbiano denunciato lo scarso impegno del Governo in materia, stigmatizza tale comportamento, che giudica particolarmente grave in considerazione del fatto che l'Italia è tra i promotori del Fondo internazionale per la lotta all'AIDS.

5-02805 Farina Coscioni: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

5-02974 Codurelli: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che le due interrogazioni in titolo, vertendo sulla stessa materia, saranno svolte congiuntamente.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde alle interrogazioni in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta. Ricorda, quindi, che l'Osservatorio in questione, a quanto si apprende dalla risposta del Governo, sarà istituito con quasi un anno e mezzo di ritardo rispetto al termine di legge. Preannuncia, pertanto, che presenterà ulteriori atti di sindacato ispettivo al fine di conoscere le ragioni di tale ritardo e i nominativi dei componenti tale osservatorio. Ricorda, quindi, di essersi opposta all'istituzione dell'Osservatorio e ritiene che il ritardo del Governo ne confermi l'inutilità. Stigmatizza, infine, la mancata adozione dei nuovi livelli essenziali di assistenza, ritenendo che anche essa confermi il disinteresse del Governo verso i problemi della disabilità.

Delia MURER (PD), cofirmataria dell'interrogazione 5-02974 Codurelli, dopo aver ricordato le funzioni che la legge attribuisce all'Osservatorio, dichiara di condividere le valutazioni della collega Farina Coscioni ed esprime il proprio sconcerto per le dichiarazioni del ministro Fazio, il quale ha affermato di essere stupito della mancata adozione dei nuovi livelli essenziali di assistenza.

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

La seduta termina alle 15.55.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.55 alle 16.

AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

COMITATO RISTRETTO

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

C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e c. 3463 Dal Lago.

COMITATO RISTRETTO

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.

C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C.2065 Cicciole, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi e C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

ALLEGATO 1

5-02802 Marchioni: Attuazione delle norme sui medicinali omeopatici di cui al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) con nota dell'8 aprile 2009, indirizzata al Presidente p.t. dell'Associazione Omeoimprese, ha fornito alcune considerazioni in merito all'attuazione del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, con riguardo ai medicinali omeopatici, informando l'Associazione sul fatto che, a conclusione dei lavori del tavolo tecnico istituito "ad hoc" dal Ministero della Salute, è stato elaborato il modello a cui le Aziende farmaceutiche dovranno attenersi per la presentazione della documentazione di qualità dei medicinali omeopatici (modulo 3), indipendentemente dal tipo di procedura autorizzativa seguita.

In data 19 aprile 2010, con una ulteriore nota, l'AIFA ha specificato che, per quanto riguarda la previsione contenuta nell'articolo 17, comma 2, del decreto legislativo n. 219/2006, secondo cui la domanda di registrazione semplificata dev'essere presentata conformemente ad uno specifico modello definito dall'Agenzia, il termine assegnato alla stessa per la predisposizione del predetto modello non ha certamente natura perentoria, né risponde ad una specifica previsione della direttiva 2001/83/CE.

La stessa nota ha precisato, altresì, che nelle more della predisposizione del modello, le Aziende interessate sono comunque legittimate a presentare domanda di autorizzazione all'immissione in commercio di nuovi prodotti omeopatici, purché la stessa sia corredata di dati e documenti diretti a dimostrare la qualità farmaceutica e l'omogeneità dei lotti di produzione.

Inoltre, l'AIFA, in data 21 giugno 2010, ha pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* della

Repubblica Italiana e sul proprio sito internet, le modalità di presentazione delle domande di registrazione semplificata dei medicinali omeopatici, chiarendo che, con riguardo al modulo 4, bisogna far riferimento a quanto previsto dall'allegato tecnico del decreto legislativo n. 219/2006, nonché dal Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 20 dicembre 2005: « Ogni informazione mancante va giustificata: ad esempio occorre spiegare perché si accetta la dimostrazione di un livello accettabile di sicurezza anche in assenza di alcuni studi » e: « ai fini della registrazione semplificata, qualora vengano utilizzate sostanze non sufficientemente note nella medicina allopatrica in quanto non presenti nella Farmacopea, né contenute in specialità medicinali commercializzate in Europa, vengano condotti studi sperimentali di tossicità non dissimili da quelli previsti per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dei medicinali allopatrici utilizzati in Italia ed in Europa ».

Il modulo 4, pertanto, dovrà essere adeguatamente compilato a seconda del materiale di partenza utilizzato nel medicinale omeopatico finito, per sua origine e natura.

L'AIFA intrattiene un dialogo costruttivo con l'Associazione Omeoimprese, che associa il 95 per cento dei fabbricanti di prodotti omeopatici; il primo incontro, tenutosi il 7 luglio 2010 presso la sede dell'AIFA, è stato finalizzato ad individuare un percorso unitario di reciproco interesse, che consenta di rispettare il termine del 31 dicembre 2015 per la presentazione delle domande di registrazione dei medicinali omeopatici notificati entro il 1995 e presenti sul mercato.

ALLEGATO 2

5-02977 Polledri e Laura Molteni: Programmazione degli interventi di edilizia sanitaria per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito a quanto richiesto dagli onorevoli interroganti, di seguito si indicano le iniziative avviate a livello centrale.

In data 23 marzo 2005 è stata sottoscritta l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano che, in relazione alle verifiche e agli impegni comunemente assunti, richiama l'attenzione delle Regioni in merito agli adempimenti previsti, in particolare, in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera e di destinazione dei finanziamenti per l'ammodernamento tecnologico. In particolare, l'articolo 10, comma 1, della citata Intesa, ai fini dell'applicazione dell'articolo 1, comma 188, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005), fissa al 15 per cento la quota minima delle risorse residue del programma di investimenti, di cui all'articolo 20 della Legge, 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

In data 18 maggio 2005 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria di questo Ministero ha inviato a tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome una nota circolare esplicativa sull'applicazione di quanto contenuto nella suddetta Intesa all'articolo 10, avviando contestualmente una verifica sugli Accordi di programma in corso.

A far data dall'Intesa del 23 marzo 2005, in tutti gli Accordi di programma da sottoscrivere, una quota pari almeno al 15 per cento delle risorse sottoscritte è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, condizione vincolante

per l'utilizzo delle risorse assegnate alle Regioni dal programma di investimenti in questione.

In particolare, sono stati sottoscritti Accordi con le seguenti Regioni: Umbria, Molise, Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Abruzzo, Puglia, Calabria, Piemonte, Valle D'Aosta, Sicilia, Sardegna, Toscana, Liguria, Marche e Basilicata, nonché con le Province Autonome di Trento e di Bolzano, che hanno destinato almeno il 15 per cento delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

Per la predisposizione di detti Accordi e la formulazione del documento programmatico base dell'Accordo medesimo, le Regioni e le Province Autonome si avvalgono di uno strumento metodologico detto « Mexa » (metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici), che consente, attraverso una analisi dei bisogni di salute, la valutazione delle strategie da attivare per il loro soddisfacimento.

Tale strumento è stato predisposto dal Ministero della Salute d'intesa con le Regioni e le Province Autonome, intesa sancita con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la « Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità », a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Si precisa, inoltre, che nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono previsti una serie di adempimenti ai quali sono

tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

La verifica degli adempimenti, mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero della Salute con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Pertanto, il Comitato comunica al Tavolo degli adempimenti, tra l'altro, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 188, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, i provvedimenti adottati dalle Regioni ancora in corso di completamento, in attuazione dell'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, con i quali le stesse destinano il 15 per cento delle risorse residue, quale quota minima, al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione di aver già investito risorse per lo stesso fine.

ALLEGATO 3

5-03292 Pedoto: Obiettivi nazionali e internazionali di prevenzione e lotta all'AIDS.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, per gli ambiti, gli aspetti e le iniziative di competenza del Ministero della Salute.

Si precisa, a tal proposito, che ai lavori della Conferenza di Vienna ha partecipato un esperto tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'epidemia da HIV e le patologie HIV-correlate pongono tuttora rilevanti quesiti e problemi anche nel mondo occidentale. In Italia si stima siano 130-140.000 le persone HIV positive viventi, con circa 3.500-4.000 nuove infezioni/anno, con un « trend » in leggero aumento.

Sotto il profilo epidemiologico, l'endemia da HIV non appare quindi in estinzione.

La pandemia dell'infezione da HIV ha registrato nel corso degli ultimi anni una nuova recrudescenza: essa è diffusa soprattutto in Africa, dove si stima che circa 30.000.000 di persone siano infettate.

L'Europa ha cercato di caratterizzare un intervento su larga scala in Africa, attraverso il programma ESTHER, mettendo a disposizione quello che di meglio possiede e che può costituire un solido contributo per i possibili paesi beneficiari: il bagaglio culturale e scientifico, maturato negli anni di lotta alla malattia e le capacità umane e manageriali sviluppate in tale ambito.

A tale scopo la formula di ESTHER ha cercato di caratterizzare un importante intervento, non tanto per le somme impegnate, quanto per il lavoro di formazione, accompagnamento e trasferimento delle conoscenze al personale africano coinvolto nella lotta all'AIDS.

L'Italia svolge un ruolo decisivo nella battaglia contro l'AIDS nei paesi a risorse limitate: numerosi professionisti italiani sono già attratti e operativi in tanti scenari africani impegnati nella lotta alla pandemia dell'AIDS.

L'apporto specifico di « ESTHER Italia » è quello di mettere a disposizione, da subito, professionalità sanitarie che operano e formano altrettanti professionisti in Africa.

Questo Ministero, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del progetto « ESTHER Italia », negli ultimi anni ha realizzato, con un modesto impegno finanziario, interventi di cooperazione allo sviluppo nel settore sanitario per la lotta all'AIDS nei paesi africani.

In considerazione dei dati epidemiologici relativi all'andamento dell'infezione HIV/AIDS e degli elementi scaturiti, nel corso dei lavori della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, il Ministero della Salute ha individuato la necessità di realizzare dei progetti mirati alla prevenzione dell'infezione HIV/AIDS.

A partire dalla metà degli anni Novanta, con l'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali combinate, in Italia, così come negli altri paesi che hanno potuto disporre del trattamento farmacologico, si è verificata una riduzione dell'incidenza dei casi di AIDS e si è ridotta la mortalità per la malattia; i dati dei sistemi di sorveglianza delle infezioni da HIV, disponibili a livello nazionale e internazionale, non hanno invece registrato una diminuzione dell'incidenza dei nuovi

casi di infezione, mentre si assiste ad un aumento dei casi prevalenti in trattamento farmacologico.

In tale contesto, il registro dei casi di AIDS non rappresenta più una fonte sufficiente per l'identificazione precoce dei cambiamenti nella diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione e per la programmazione di interventi preventivi.

Per avere dati attendibili che descrivano la diffusione e l'andamento dell'infezione da HIV/AIDS, è necessario attivare sistemi in grado di sorvegliare la stessa infezione da HIV.

In data 31 marzo 2008, nell'ambito dell'attività di prevenzione delle infezioni da HIV e per dar seguito alle indicazioni del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC), questo Ministero ha emanato il Decreto di istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

L'avvio del predetto sistema di sorveglianza si inserisce nel Programma di Sviluppo di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) – Esercizio finanziario 2007.

Al fine di sviluppare un sistema di sorveglianza, attraverso modelli operativi omogenei sul territorio, inoltre, questo Ministero ha ritenuto opportuno finanziare il progetto « *Sviluppo di un sistema di sorveglianza nazionale dell'infezione da HIV* », coordinato dalla Regione Piemonte, e curato, per la parte formativa, dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Tale progetto si propone di implementare, a partire dai modelli adottati dalle Regioni dove è già attivo il monitoraggio dell'infezione da HIV, un sistema di sorveglianza a livello nazionale, allo scopo di descrivere l'andamento, le dimensioni e le caratteristiche dell'epidemia da HIV in Italia e fornire elementi utili per la programmazione degli interventi di sanità pubblica e per la prevenzione.

L'infezione da HIV continua a rappresentare, anche nel ventunesimo secolo, un problema prioritario di Sanità Pub-

blica. Fino a quando non si potrà disporre di terapie o vaccini in grado di debellare definitivamente il virus dell'immunodeficienza umana, le strategie preventive e la diagnosi precoce attraverso la ricerca degli anticorpi anti-HIV rappresentano l'unica possibilità per il controllo dell'infezione. In Italia, sembra non esserci uniformità tra le Regioni circa le modalità di accesso al test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV, così come non sono noti i dati e la prassi utilizzata dai centri trasfusionali che intercettano, invece, un grande numero di persone, le quali si rivolgono a queste strutture, talvolta, con la sola finalità di sottoporsi al test anti-HIV.

Le ragioni del limitato accesso ai centri di screening nel nostro paese potrebbero essere connesse al forte stigma sociale che ancora oggi colpisce le persone affette da HIV.

In tale scenario risulta necessario individuare strategie efficaci per facilitare l'accesso ai servizi di screening HIV e per sperimentare modelli di intervento (counselling pre e post test HIV, invio mirato per il test, attivazione di Reti tra servizi) rivolti alla popolazione generale e a specifici « target ». Allo scopo questo Ministero ha finanziato il « *Progetto di ricerca per l'individuazione e la sperimentazione di modelli di intervento atti a migliorare l'adesione al test di screening HIV attraverso il contributo delle Associazioni facenti parte della Consulta di Isotta all'AIDS* ».

Il progetto si propone di individuare le strategie atte a facilitare l'accesso ai servizi di screening HIV e sperimentare dei modelli di intervento rivolti a « target » di persone esposte a comportamenti a rischio in relazione al « trend » epidemiologico dell'infezione da HIV. Il Progetto di Ricerca è articolato in sei Unità Operative, per consentire in differenti contesti (ISS, Associazioni della Consulta AIDS coinvolte nel Progetto) di conseguire gli obiettivi prefissati.

Per quanto riguarda la popolazione straniera presente in Italia, studi e dati osservazionali mostrano una sorta di fragilità psicologica e sociale di tale « target ».

Nonostante la normativa vigente garantisca agli stranieri l'assistenza sanitaria, spesso la paura di un contatto con le strutture pubbliche e la mancanza di informazioni, rischia di tradursi in difficoltà a sottoporsi ad accertamenti clinici finalizzati a diagnosi tempestive e a cure farmacologiche adeguate e monitorate. Tale situazione è causata, in parte, dall'incapacità di adottare modalità di approccio per migliorare la qualità dei servizi sanitari rivolti alle popolazioni straniere e, in parte, da difficoltà di ordine burocratico-amministrativo nell'interpretazione e nell'applicazione delle leggi.

Ciò determina un'assenza di equità in ambito sanitario, con il rischio che venga a mancare la garanzia per ciascun cittadino, italiano e non, di ricevere risposte adeguate alle reali necessità espresse.

In considerazione delle problematiche sopra esposte, il Ministero della Salute ha promosso in collaborazione con l'Unità Operativa « Telefono Verde AIDS » – Reparto Epidemiologia Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'ISS, il progetto « *Promozione e tutela della salute della persona straniera attraverso l'individuazione e la sperimentazione di una metodologia di intervento nell'ambito delle malattie infettive* ».

Il Progetto intende identificare, sperimentare e promuovere una metodologia di intervento per persone straniere con problematiche sanitarie legate alle malattie infettive (Infezione da HIV, Tubercolosi e Papilloma Virus-HPV).

I risultati raggiunti nell'ambito delle azioni previste dal Progetto potranno, successivamente, costituire una base conoscitiva per l'avvio di studi di valutazione della metodologia individuata, della sua efficacia e applicabilità in differenti realtà.

Nel nostro Paese i servizi sanitari pubblici sono strutturalmente costituiti ed organizzati con delle finalità di servizio valide per la popolazione generale, ma non sempre per la popolazione « target ». Ciò riduce drasticamente la possibilità di un'analisi accurata della situazione epide-

miologica dell'infezione HIV/AIDS, sia nei soggetti autoctoni a maggior rischio di esclusione sociale sia negli immigrati.

Il Ministero della Salute ha pertanto finanziato il progetto « *Studio socio-sanitario sperimentale per facilitare i percorsi di prevenzione, diagnosi e continuità terapeutica dell'infezione da HIV/AIDS e delle co-infezioni in gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati* ».

Obiettivo generale del progetto è quello di favorire l'accesso ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e « follow-up » (continuità assistenziale) dell'infezione da HIV/AIDS e delle altre infezioni opportunistiche e/o co-infezioni da parte delle popolazioni a maggior rischio di esclusione sociale. Il progetto, articolato secondo le modalità delle singole unità operative, è coordinato a livello nazionale dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), e attuato dalle Associazioni della Consulta per la lotta contro l'AIDS, in sinergia con gli Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali di un campione di 10 Regioni.

Altro progetto finanziato nel 2008 dal Ministero della Salute è il Progetto Prisma-stranieri, « *Progetti di Intervento per una Strategia Modulare AIDS: gli stranieri* ».

L'obiettivo è quello di contribuire al controllo della diffusione del contagio HIV/AIDS tra i cittadini stranieri (Albanesi, Marocchini, Peruviani) in Italia, attraverso la promozione e sperimentazione di « team-capacity building » tra le Associazioni di stranieri e quelle di lotta all'AIDS, per favorire in modo sostenibile lo scambio di esperienze e migliorare le competenze.

Si prevede di favorire la stipula di partenariati tra le due tipologie di Associazioni e sostenerle nella realizzazione di interventi efficaci e sostenibili di prevenzione HIV/AIDS per gli immigrati e si intende strutturare le conoscenze scientifiche nel settore degli interventi di prevenzione per gli stranieri, offrendo dei modelli teorici adattati e sperimentati.

Il progetto è condiviso con i funzionari delle Ambasciate in Italia dei Paesi di

origine degli immigrati, allo scopo di aumentare la consapevolezza e sensibilizzazione sui rischi relativi al contagio HIV, promuovendo così lo scambio di buone prassi tra i vari Paesi di origine, transito e accoglienza.

Più in generale, nell'ambito della prevenzione, sarà necessario continuare a promuovere gli interventi definiti in ac-

cordo con le Autorità europee e con la risoluzione del Parlamento Europeo del novembre 2008.

In modo particolare, sarà necessario favorire la diagnosi precoce, garantire l'accesso al test ed il tempestivo trattamento terapeutico, nonché rafforzare le campagne informative e di educazione sulla prevenzione dell'infezione HIV/AIDS.

ALLEGATO 4

5-02805 Farina Coscioni: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.**5-02974 Codurelli: Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Passo ad illustrare congiuntamente, per analogia di materia, gli atti ispettivi degli onorevoli Codurelli e Farina Coscioni, inerenti l'*Osservatorio Nazionale sulle condizioni delle persone con disabilità*, sulla base delle notizie fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione.

L'Osservatorio di che trattasi è stato istituito al sensi della legge n. 18/2009 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, al fine di promuovere, in attuazione dei principi di cui alla Convenzione medesima, una piena integrazione di tali soggetta.

Per quanto concerne le specifiche questioni portate all'attenzione dagli interroganti, nel rilevare preliminarmente che il

termine di cui all'articolo 3, comma 3, della citata legge riveste carattere meramente ordinatorio, informo che, lo scorso 6 agosto, a seguito del parere favorevole espresso dalla Sezione Consultiva per gli Atti Normativi del Consiglio di Stato (formulato nell'adunanza di sezione del 26 aprile 2010) la Corte dei Conti ha registrato 11 decreto interministeriale recante il Regolamento attuativo delle disposizioni di che trattasi.

Da ultimo rendo noto che lo scorso 17 settembre il provvedimento in parola è stato trasmesso al Ministero della Giustizia ai fini della successiva pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*. Pertanto, all'esito di tale adempimento, l'Osservatorio potrà espletare le proprie funzioni in conformità alle previsioni di legge.