

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INTERROGAZIONI:

5-06524 Bucchino: Iniziative in merito al disturbo da acufeni.	
5-06550 Laura Molteni: Inserimento dei disturbi da acufeni tra le malattie rare .....	56
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	62
5-06366 Pedoto: Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso negli adulti e nei bambini .....	57
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	64
5-06441 Farina Coscioni: Iniziative per rilanciare la campagna vaccinale contro il virus HPV .....	57
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	66

#### SEDE CONSULTIVA:

Legge comunitaria 2012. C. 4925 Governo (Relazione alla XIV Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	58
<i>ALLEGATO 4 (Relazione approvata dalla XII Commissione)</i> .....	68
Relazione sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nel 2011. Doc. LXXXVII, n. 7 (Parere alla XIV Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) ..	59
<i>ALLEGATO 5 (Parere approvato dalla Commissione)</i> .....	69

#### SEDE CONSULTIVA:

Istituzione della Giornata nazionale della donazione di midollo osseo e delle cellule staminali emopoietiche. C. 4949 Savino (Parere alla I Commissione) ( <i>Deliberazione di un conflitto di competenza</i> ) .....	59
---	----

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Testo unificato C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	60
<i>ALLEGATO 6 (Emendamenti approvati)</i> .....	70
AVVERTENZA .....	61

#### INTERROGAZIONI

Martedì 15 maggio 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale.

**La seduta comincia alle 13.50.**

#### 5-06524 Bucchino: Iniziative in merito al disturbo da acufeni.

#### 5-06550 Laura Molteni: Inserimento dei disturbi da acufeni tra le malattie rare.

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

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Gino BUCCHINO (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto della risposta, evidenziando la necessità di adoperarsi affinché si possa pervenire ad una maggiore conoscenza del fenomeno dell'acufene che, nella percezione comune, viene spesso considerato alla stregua di una malattia minore mentre si tratta, invece, di una patologia fortemente invalidante che, nei casi più gravi, produce effetti devastanti sulle vite di coloro che ne sono affetti. Per queste ragioni, auspica che il Governo possa avviare programmi di ricerca in merito a tale patologia, al fine di individuarne le possibili cure, e che valuti l'inserimento dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999 e successive modifiche, come malattia cronica invalidante.

Laura MOLTENI (LNP), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta. In particolare, apprezza quanto preannunciato dal sottosegretario Cardinale circa la stesura di un documento recante le linee guida in materia di prevenzione dell'ipoacusia e della sordità, da presentare in sede di Conferenza Stato-regioni. D'altra parte, auspica che venga compiuto da parte del Governo uno sforzo sempre maggiore al fine di stimolare, promuovere e coordinare l'attività di ricerca scientifica a livello nazionale su questa patologia.

Rileva, in particolare, come l'obiettivo finale sia l'inserimento dell'acufene tra le cosiddette malattie rare, tenuto conto anche del fatto che il Governo ha annunciato di voler aggiornare l'elenco delle malattie rare, al fine di dare concreta attuazione all'impegno contenuto in una mozione unitaria approvata all'unanimità dall'Assemblea della Camera il 17 gennaio 2012.

**5-06366 Pedoto: Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso negli adulti e nei bambini.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo

nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, specificando che la soddisfazione afferisce alla sensibilità dimostrata dal Governo nel rispondere all'interrogazione in oggetto con assoluta tempestività. Le perplessità attendono, invece, al contenuto della risposta in quanto, a suo avviso, il sottosegretario Cardinale ha fatto riferimento ad interventi già noti ai più e, soprattutto, poco efficaci nell'ottica di un'attività di prevenzione complessiva. A questo proposito, richiamando anche l'ipotesi annunciata dal ministro della salute di introdurre una tassa di tre centesimi sulle bevande gassate al fine di promuovere una sana e corretta alimentazione, ribadisce l'auspicio per cui il Governo emetta proprie linee guida di riferimento per il trattamento e la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso negli adulti e nei bambini.

**5-06441 Farina Coscioni: Iniziative per rilanciare la campagna vaccinale contro il virus HPV.**

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta, sollecitando altresì il Governo a dare risposta agli altri atti di sindacato ispettivo già presentati su questo tema. Auspica, infine, che il Governo possa continuare e rafforzare l'azione compiuta in materia di campagna vaccinale contro il virus HPV.

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

**La seduta termina alle 14.30.**

**SEDE CONSULTIVA**

Martedì 15 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale.

**La seduta comincia alle 14.30.****Legge comunitaria 2012.****C. 4925 Governo.**

(Relazione alla XIV Commissione).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 9 maggio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che nella seduta del 19 aprile scorso il relatore, preso atto dell'apertura manifestata da parte del sottosegretario Cardinale nei confronti dell'articolo aggiuntivo Rondini 6.01, ove riformulato dal presentatore, aveva richiesto al Governo di fornire dati utili al fine di consentire alla Commissione di verificare l'ammontare delle mobilità attive e delle mobilità passive nei confronti degli altri Paesi dell'Unione europea in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, con riferimento all'articolo aggiuntivo Rondini 6.01, concernente la possibilità di istituire un fondo di garanzia europeo per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, fa presente che dagli approfondimenti tecnici effettuati emerge che, nonostante tale iniziativa emendativa possa ritenersi condivisibile in linea di principio, tuttavia essa non appare conferente in occasione del recepimento della direttiva in esame. Pertanto il Governo, riservandosi di valutare la percorribilità della suddetta richiesta in altre occasioni, con il dovuto coinvolgimento degli altri dicasteri competenti *ratione materiae* (economia e finanze e politiche europee) fa presente che la direttiva in

oggetto mira sostanzialmente a rafforzare la libera scelta, di cui gode ciascun paziente, di farsi curare nelle strutture sanitarie che giudica più adeguate allo specifico caso clinico.

In particolare, gli articoli 7 e 8 della direttiva offrono agli Stati membri la possibilità di contenere il flusso di pazienti che desiderano farsi curare all'estero tramite l'introduzione di un sistema di autorizzazione preventiva. Tale sistema va visto come uno strumento di garanzia per gli Stati, che dovranno farsi carico di rimborsare al paziente — e non più allo Stato membro di cura — soltanto i costi delle prestazioni autorizzate. Nel caso in cui il paziente decida, anche senza autorizzazione preventiva, di farsi curare all'estero, deve essere consapevole del fatto che le spese da lui anticipate non gli verranno in alcun modo rimborsate dallo Stato membro di affiliazione.

Ritiene, pertanto, che la previsione contenuta nella direttiva, di un diverso meccanismo di rimborso dei costi in base al quale il paziente deve anticipare le spese per le cure sanitarie a cui è stato autorizzato dallo Stato di affiliazione, garantisce che gli Stati non corrano più il rischio di non recuperare gli insoluti.

Alla luce delle suddette spiegazioni ritiene che le motivazioni che stanno alla base dell'articolo aggiuntivo Rondini 6.01 possano considerarsi superate.

Per quanto poi attiene alla specifica richiesta formulata dall'onorevole Miotto, di fornire i dati circa la mobilità attiva e passiva dell'Italia nei confronti degli altri Paesi europei, fa presente che dagli elementi acquisiti dalla direzione generale competente del ministero emerge un dato relativo agli anni che vanno dal 1995 al 2009 — per questo ultimo si tratta di dati ancora parziali — che vedono lo Stato italiano in una situazione fortemente debitoria nei confronti degli altri Stati internazionali per servizi sanitari di cui hanno beneficiato i cittadini italiani all'estero rispetto ai servizi sanitari effettuati a favore di pazienti di cittadinanza non italiana.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, ribadisce il proprio invito al ritiro dell'articolo aggiuntivo Rondini 6.01 specificando che, altrimenti, esprimerebbe parere contrario.

Fa notare come, da ricerche da lei effettuate, emerge che non c'è praticamente mobilità attiva in quanto il numero di pazienti non aventi la cittadinanza italiana che accedono alle strutture sanitarie nel nostro Paese è veramente molto basso, ad eccezione dei casi d'urgenza che vengono curati al pronto soccorso.

Rileva altresì come, se la direttiva in oggetto indica una procedura che, di fatto, limita la libera circolazione dei cittadini in Europa a scopo di assistenza sanitaria, ciò è dovuto all'oggettiva esigenza di limitare le spese sanitarie dei Paesi dell'Unione europea. Esprime, quindi, l'auspicio per cui venga potenziata l'offerta dei servizi sanitari per i cittadini italiani, al fine di evitare i cosiddetti « viaggi della speranza ».

Marco RONDINI (LNP) ritira l'articolo aggiuntivo 6.01, di cui è primo firmatario.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, alla luce delle considerazioni svolte, presenta una proposta di relazione che procede ad illustrare (*vedi allegato 4*).

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di relazione favorevole del relatore e nomina il deputato Miotto relatore per riferire presso la XIV Commissione.

**Relazione sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nel 2011.**

**Doc. LXXXVII, n. 7.**

(Parere alla XIV Commissione).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 9 maggio 2012.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, formula una proposta di parere (*vedi allegato 5*).

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

**La seduta termina alle 14.45.**

#### SEDE CONSULTIVA

*Martedì 15 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 14.45.**

**Istituzione della Giornata nazionale della donazione di midollo osseo e delle cellule staminali emopoietiche.**

**C. 4949 Savino.**

(Parere alla I Commissione).

(*Deliberazione di un conflitto di competenza*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, ricorda che nella riunione dell'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, del 9 maggio scorso, è stata unanimemente ravvisata l'opportunità di elevare conflitto di competenza al fine di ottenere l'assegnazione in sede primaria, congiuntamente con la I Commissione, della proposta di legge C. 4949, recante « Istituzione della Giornata nazionale della donazione di midollo osseo e delle cellule staminali emopoietiche » – assegnata alla I Commissione (Affari costituzionali) in sede referente il 23 marzo scorso –, in quanto concernente una materia di competenza della XII Commissione.

Proprio al fine di deliberare in ordine a tale conflitto di competenza, la proposta di legge C. 4949 è stata iscritta all'ordine del giorno della seduta odierna, essendo la Commissione chiamata ad esprimere alla I

Commissione il prescritto parere *ex* articolo 73, comma 1-*bis*, del regolamento.

Rileva, quindi, che la proposta di legge in esame investe in maniera diretta e significativa le competenze della XII Commissione, essendo volta ad istituire la Giornata nazionale della donazione di midollo osseo e delle cellule staminali emopoietiche al fine – proclamato nella relazione illustrativa – di fare chiarezza e di comunicare l'importanza di un gesto che può rappresentare l'unica salvezza per migliaia di persone, stante il numero inesorabilmente basso dei donatori, verosimilmente dovuto alla disinformazione su questo genere di trapianti e all'idea abbastanza diffusa per cui donare il midollo osseo sia « pericoloso ». L'incidenza diretta di tale proposta di legge – che si compone di un articolo unico – sulle competenze della XII Commissione si evince chiaramente dal comma 1 dell'articolo 1, che inquadra la suddetta Giornata nazionale nell'ambito del quadro costituzionale, facendo specifico riferimento all'articolo 2 della Costituzione, il quale contiene il richiamo all'« adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale », e all'articolo 32, primo comma, relativo alla tutela della « salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ».

Al comma 2 del medesimo articolo sono specificati gli scopi perseguiti attraverso l'istituzione della Giornata nazionale. Il successivo comma 3 prevede che le amministrazioni pubbliche, il registro nazionale dei donatori di midollo osseo, i registri regionali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi operanti nel settore sociale promuovano iniziative per la realizzazione degli scopi perseguiti attraverso l'istituzione della Giornata nazionale. In particolare, si fa riferimento all'organizzazione di manifestazioni collettive, cerimonie e incontri finalizzati a diffondere la cultura della donazione volontaria di midollo osseo ed a incentivare l'iscrizione al Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo (noto in campo internazionale come *Italian Bone Marrow Donor Registry* – IBMDR).

Il comma 4 dell'articolo 1, infine, dispone che la Giornata nazionale sia considerata solennità civile e, dunque, non comporti né riduzione dell'orario di lavoro negli uffici pubblici o privati né vacanza per gli istituti scolastici.

Alla luce del quadro sopra descritto, ribadisce l'opportunità che la Commissione, ai sensi dell'articolo 72, comma 4, del regolamento, deliberi di elevare conflitto di competenza, al fine di ottenere l'assegnazione del provvedimento in sede primaria, congiuntamente con la I Commissione.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di elevare conflitto di competenza per l'assegnazione alle Commissioni riunite I e XII della proposta di legge C. 4949.

**La seduta termina alle 14.50.**

#### SEDE REFERENTE

*Martedì 15 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Maria Cecilia Guerra.*

**La seduta comincia alle 14.50.**

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

**Testo unificato C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, il 12 aprile 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che la Commissione deve procedere al seguito dell'esame degli emendamenti presentati al testo unificato delle proposte di legge in esame, sospeso dalla seduta del

19 gennaio 2011, con l'approvazione dell'emendamento 3.10 ed il successivo accantonamento dell'emendamento Miotto 3.11. Ricorda poi che il relatore aveva presentato alcuni nuovi emendamenti, pubblicati nell'allegato al resoconto della seduta del 2 febbraio 2011. Fa altresì presente che l'esame in Commissione del provvedimento in esame si è interrotto il 6 aprile 2011, data in cui l'ufficio di presidenza ha ritenuto di procedere all'audizione formale dell'allora Ministro Sacconi sulle iniziative che il Governo intendeva adottare a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, audizione che, pur se ripetutamente sollecitata, non si è mai svolta.

Ricorda, infine, che il provvedimento è stato reintrodotta all'ordine del giorno della Commissione nella seduta del 12 aprile scorso, avendo l'ufficio di presidenza convenuto sull'opportunità di conoscere la posizione del Governo in materia.

Livia TURCO (PD), *relatore*, invita i presentatori a ritirare l'emendamento 3.11, avendo ella stessa presentato l'emendamento 3.14, di cui raccomanda l'approvazione, che verte sullo stesso tema. Ribadisce, inoltre, il parere favorevole sugli emendamenti 3.13 e 6.1, già espresso nella seduta del 19 gennaio 2011, nonché l'invito al ritiro dell'emendamento 7.1, in quanto risulterebbe precluso dall'approvazione del suo emendamento 7.2, di cui raccomanda l'approvazione.

Il sottosegretario Maria Cecilia GUERRA si rimette alla Commissione su tutti gli emendamenti presentati.

Anna Margherita MIOTTO (PD) ritira l'emendamento 3.11, di cui è prima firmataria.

La Commissione, con distinte votazioni, approva l'emendamento 3.14 del relatore, respinge l'emendamento Mura 3.12 ed approva altresì gli emendamenti Mura 3.13 e 6.1, nonché l'emendamento 7.2 del relatore (*vedi allegato 6*).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che l'emendamento Mura 7.1 risulta precluso dall'approvazione dell'emendamento 7.2 del relatore e, pertanto, non sarà posto in votazione. Avverte altresì che il testo unificato risultante dagli emendamenti approvati sarà trasmesso alle Commissioni competenti per l'espressione del prescritto parere. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.05.**

#### AVVERTENZA

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

#### SEDE REFERENTE

*Norme per il riconoscimento della sindrome post polio come malattia cronica e invalidante.*

*C. 3367 Codurelli.*

*Norme per il riconoscimento della guarigione e per la piena cittadinanza e l'integrazione sociale delle persone affette da epilessia.*

*C. 2060 Saltamartini e C. 4753 Nunzio Francesco Testa.*

## ALLEGATO 1

**5-06524 Bucchino: Iniziative in merito al disturbo da acufeni.****5-06550 Laura Molteni: Inserimento dei disturbi da acufeni tra le malattie rare.****TESTO DELLA RISPOSTA**

L'acufene è un problema otologico che consiste in disturbi, sotto forma di fischi, ronzii, fruscii o altri rumori, percepiti in una o in entrambe le orecchie.

L'acufene può incidere pesantemente sulla qualità della vita di chi ne soffre, soprattutto a livello psicologico, arrivando, nei casi più gravi, a compromettere seriamente il benessere del paziente.

La ricerca clinica ha dimostrato come, in una percentuale elevata dei casi, questo disturbo debba essere affrontato mediante una strategia terapeutica di cui la psicoterapia è parte integrante.

Nella maggior parte dei casi, l'eziologia non è chiara. Tuttavia, nuove tecniche e metodi di ricerca, come le tecniche di « neuroimaging », che permettono di osservare l'attivazione delle aree del cervello deputate all'elaborazione dei segnali acustici, sembrano promettere importanti passi avanti per la comprensione delle cause della patologia. Inoltre, approcci sofisticati, quali la stimolazione magnetica transcranica, si stanno dimostrando potenzialmente efficaci nel ridurre la sintomatologia dell'acufene, il quale è un problema otologico assai frequente.

In base a studi condotti negli ultimi 10 anni in Germania, presso l'Istituto tedesco per la ricerca e la cura dell'acufene, nel Regno Unito, presso l'Università di Aberdeen, e in altre nazioni europee, mediamente circa il 10-20 per cento della popolazione del nostro continente ne ha sofferto almeno una volta nella vita. Studi condotti in Italia dimostrerebbero (soprattutto per alcune realtà regionali per le

quali sono disponibili dati relativamente recenti), come nel nostro Paese la prevalenza di questo disturbo sia analoga a quella Europea.

Sulla base di un attento studio dello stato delle conoscenze ottenute tramite la revisione sistematica della letteratura scientifica disponibile e a seguito della disamina delle scoperte più recenti, si potrà valutare quali opportune iniziative adottare per gestire, da un lato, i problemi sanitari legati all'acufene e, dall'altro, la necessità di sviluppare ulteriormente la ricerca mirata alla comprensione delle basi fisiopatologiche del disturbo. Potranno anche essere messe a disposizione della comunità scientifica le competenze esistenti presso l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di promuovere la ricerca e la conoscenza delle problematiche relative all'acufene presso istituzioni, centri di ricerca e opinione pubblica.

Per quanto riguarda la promozione di studi e ricerche concernenti la patologia dell'acufene, per consentire di migliorare l'approccio terapeutico e, quindi, migliorare la qualità della vita delle numerose persone colpite, si precisa che il finanziamento della ricerca finalizzata non comporta la preindividuazione, da parte del Ministero della salute di progetti di ricerca specifici, che sarà cura degli enti finanziati sviluppare.

Tali enti (IRCCS, regioni, IZS, ISS, eccetera) o i ricercatori, che a tali enti si affiliano, presentano progetti di loro interesse che vengono finanziati sulla esclusiva base di criteri meritocratici: i progetti,

infatti, sono sottoposti al vaglio di *referee* anonimi (e stranieri) nel numero di tre (per ogni progetto), e solo i progetti migliori potranno accedere al finanziamento ministeriale.

Se in Italia, quindi, sono presenti ricercatori interessati ad approfondire le tematiche e le implicazioni legate all'acufene, essi possono presentare, al momento della pubblicazione del Bando di Ricerca Finalizzata, idonei progetti finalizzati: e tali progetti, qualora ottengano un adeguato punteggio dal sistema di valutazione previsto dal bando e dimostrino di avere ricadute non trascurabili sul Sistema Sanitario Nazionale, saranno sicuramente finanziati.

Per quanto riguarda la valutazione dell'eventuale inserimento dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999 e successive modifiche, come malattia cronica invalidante, si segnala che tale eventualità necessita di una serie di approfondimenti, legati, ad esempio, all'accertamento del quadro nosologico non unicamente basato sull'auto valutazione da parte del paziente stesso.

È opportuno precisare che il Piano Nazionale di Prevenzione per gli anni 2010-2012 (Intesa fra Governo, regioni e province autonome del 29 aprile 2010), prevede un capitolo specifico sulla prevenzione dell'ipoacusia e della sordità.

Nel gennaio 2011 si è costituito, presso la Direzione Generale della prevenzione

del Ministero della salute, un Tavolo di lavoro in materia, con rappresentanti delle Società scientifiche e delle regioni.

Detto Tavolo ha il compito, nell'ottica di un piano articolato di specifiche azioni, di supportare le regioni nei loro programmi di prevenzione in materia di ipoacusia e sordità.

È prevista anche la stesura di un documento, da presentare in sede di Conferenza Stato-regioni, che comprenda sia « Linee di indirizzo sugli *screening* audiologici in differenti età *target* » sia « Materiale formativo/informativo per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, in materia di prevenzione dell'ipoacusia e della sordità ».

Ad oggi, i lavori del Tavolo hanno consentito la stesura delle « Linee di indirizzo per lo *screening* neonatale uditivo ».

Il Tavolo per finalizzare gli obiettivi sta per ultimare la stesura delle « Linee di indirizzo di prevenzione ipoacusia e sordità nell'adulto e nell'anziano » e del « Materiale formativo/informativo per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta ».

Per quanto riguarda, in particolare, lo sviluppo di campagne di prevenzione e sensibilizzazione concernenti l'acufene, si segnala che è attualmente in fase di definizione il Programma delle iniziative di comunicazione per l'anno 2012, che saranno realizzate dal Ministero della salute: in tale contesto verrà valutata l'opportunità di inserire la problematica in esame nell'ambito dei piani da sviluppare.

## ALLEGATO 2

**5-06366 Pedoto: Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso negli adulti e nei bambini.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Il Ministero della salute è da tempo impegnato nell'indirizzo e nel coordinamento delle azioni di contrasto all'obesità, mirate alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo della stessa.

L'obesità e le patologie croniche che da essa possono derivare (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito), rappresentano un grave problema di salute e hanno un significativo impatto economico sul nostro Sistema sanitario nazionale. Si stima, infatti, che il costo dell'obesità si avvicini a 30 milioni di euro l'anno, per perdita di produttività e cure delle complicanze cliniche correlate.

I dati ISTAT relativi all'anno 2010 indicano che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 36 per cento, mentre gli obesi sono il 10,5 per cento.

Tali dati sono sostanzialmente confermati da quelli rilevati dal programma « PASSI » (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Riguardo allo stato nutrizionale del campione di oltre 36.000 cittadini intervistati per il 2010, i dati del « PASSI » confermano una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 31,6 per cento e di obesi pari al 10,6 per cento circa.

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno tra i bambini italiani, il Ministero della salute, attraverso un finanziamento erogato al CCM, ha affidato al CNESPS lo sviluppo di un sistema di

sorveglianza a livello nazionale, denominato « OKkio alla Salute », che consente la raccolta dei dati nelle scuole a cadenza biennale per guidare la programmazione degli interventi di sanità pubblica. Le prime rilevazioni, svoltesi nel 2008 e nel 2010, sullo stato nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali in un campione rappresentativo di alunni delle scuole primarie (terza classe), hanno evidenziato una prevalenza di sovrappeso ed obesità molto elevata: nel 2010, in particolare, a livello nazionale il 22,9 per cento dei bambini risultava sovrappeso e l'11,1 per cento obeso, cioè più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni, si arriva a una stima di più di 1 milione di bambini sovrappeso o obesi in Italia.

Nell'anno scolastico 2009-2010 l'Italia ha partecipato allo studio europeo HBSC – *Health Behaviours in School-aged Children*, che ha riguardato la sorveglianza dei comportamenti associati con lo stato di salute anche negli adolescenti.

Attività fisica e obesità rientrano anche tra le « priorità chiave » nelle politiche di sanità pubblica dell'Unione Europea e sono incluse nel « Programma di azione 2003-2008 ».

Già con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, prorogato fino al 2009, varato con l'Intesa tra Stato, regioni e province autonome del 23 marzo 2005, il Ministero della salute ha individuato l'obesità tra i problemi di salute prioritari del Paese.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007 è stato approvato il programma nazionale « Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari », promosso dal Ministero della salute. Il programma si configura come strategia di salute pubblica e modello concettuale di riferimento per progettare e realizzare azioni efficaci per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

Il principio ispiratore del programma è quello della « Salute in tutte le politiche » (*Health in all policies*), che promuove la salute come bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle Istituzioni ed alla società – ponendo attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano i comportamenti delle persone – e le azioni che sono responsabilità del singolo.

Il Programma ha promosso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport, al fine di migliorare la salute dei cittadini. Una delle novità di « Guadagnare Salute », infatti, è la sinergia tra diversi Ministeri, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un'informazione univoca.

Da ultimo, anche il nuovo PNP 2010-2012, sottoscritto con Intesa Stato-regioni del 29 aprile 2010, ripropone e rilancia fortemente la tematica della prevenzione dell'obesità all'interno dell'ambito più generale della prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari, con un approccio (del tutto simile a quello di « Guadagnare Salute ») di tipo globale, non per singoli determinanti (la persona va compresa nella sua interezza e dunque programmi e progetti dovrebbero avere un approccio multifattoriale, senza limitarsi a singoli aspetti).

La prevenzione dell'obesità, persegue linee strategiche e di supporto che prevedono:

*partnership* e alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività didattiche e curricolari, orientate all'*empowerment* individuale e di comunità;

programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale (da valutare con l'aiuto di dati di commercializzazione);

programmi di promozione dell'allattamento al seno;

programmi per il miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche ed aziendali.

Anche per quanto riguarda la riduzione della sedentarietà tra i cittadini, nel nuovo PNP sono previste linee strategiche e di supporto che mirano all'attuazione di programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria, attraverso interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su *target* specifici di popolazione (bambini, adolescenti, adulti, eccetera).

A supporto del PNP e di « Guadagnare salute », il CCM ha promosso e finanziato vari progetti mirati a sviluppare e condividere strumenti utili all'implementazione di azioni rivolte alla modifica degli stili di vita della popolazione ed a diffondere la cultura della progettazione di azioni intersettoriali tra gli operatori sanitari.

Per quel che riguarda, infine, l'emanaione di specifiche linee guida per il trattamento e la prevenzione dell'obesità, si rammenta che il Ministero della salute ha pubblicato nel 2011 il Quaderno della Salute n. 10, dal titolo « Appropriatelyzza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito ».

Tutte le informazioni relative al CCM, al Piano Nazionale della Prevenzione, a « Guadagnare Salute », ai Quaderni della Salute e alle progettualità avviate sono reperibili sui siti [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) e [www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it).

## ALLEGATO 3

**5-06441 Farina Coscioni: Iniziative per rilanciare la campagna vaccinale contro il virus HPV.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Il 20 dicembre 2007 è stata stipulata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente « Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia », che ha previsto l'inserimento della vaccinazione contro l'HPV nel calendario vaccinale dell'età evolutiva.

A partire dal 2008 questo vaccino viene offerto attivamente e gratuitamente dai servizi vaccinali su tutto il territorio nazionale alle dodicenni (ragazze che abbiano compiuto 11 anni di età dal 1° gennaio al 31 dicembre), a partire dalla coorte delle nate nel 1997.

La scelta del « *target* » delle ragazze che abbiano compiuto 11 anni di età dal 1° gennaio al 31 dicembre 2008 (le appartenenti alla coorte di nascita del 1997, che nel 2008 erano nel 12° anno di vita), è stata unanimemente indicata come prioritaria:

per indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino e precedere l'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione;

in quanto il programma vaccinale si rivolge a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, il che può facilitare l'offerta attiva anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale;

per favorire la comunicazione con e attraverso le famiglie;

per mantenere la vaccinazione nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni delle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale deputate all'erogazione delle vaccinazioni: una rete esi-

stente, consolidata ed esperta di vaccinazioni, che può garantire un'equità di offerta di tale prestazione in tutto il Paese.

L'Intesa del 20 dicembre 2007, oltre ad individuare gli obiettivi del programma vaccinale contro l'infezione da HPV, ha definito la strategia, le azioni, le figure coinvolte ed i ruoli, per il conseguimento dell'obiettivo comune del « Raggiungimento di una copertura  $\geq 95$  per cento, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione, cioè per le ragazze nate nel 2001, che saranno invitate attivamente alla vaccinazione nel 2012 e la cui copertura sarà valutata al 31 dicembre 2013 ».

La disponibilità del vaccino anti-HPV rappresenta, oltre che un'importante occasione di prevenzione individuale, una rilevante opportunità per l'intera comunità.

Sulla base di quanto sopra riferito, il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato come Intesa Stato-Regioni il 22 febbraio 2012 riconferma le scelte strategiche contenute nell'Accordo del 2007.

L'Italia, anche quest'anno, ha aderito alla Settimana Europea delle Vaccinazioni (21-27 aprile 2012), un'iniziativa dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità consistente nel fatto che per una settimana, nei Paesi europei, sotto lo *slogan* comune « Prevenire, Proteggere, Immunizzare », si svolgono manifestazioni per informare e coinvolgere la popolazione ed i professionisti sanitari sul tema delle vaccinazioni e per affrontare le sfide future in tale ambito.

Tra le iniziative correlate è stato incluso un « *workshop* » dedicato alla vaccinazione anti-HPV, quale momento d'incontro, discussione e dibattito, insieme con i rappresentanti delle Regioni e delle maggiori Società scientifiche e Federazioni di professionisti coinvolti nelle attività vaccinali, per identificare quali siano state le principali barriere al successo del programma vaccinale di Sanità Pubblica, condividere dei modelli vincenti e definire delle linee di indirizzo per rilanciare la vaccinazione HPV.

Il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) ha finanziato il « Progetto Valore » (VALutazione LOcale e REGionale delle campagne per la vaccinazione contro l'HpV), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità, i cui obiettivi sono funzionali all'opportunità di implementare la vaccinazione anti-HPV nel territorio nazionale, cercando anche di superare le differenze.

Il « Progetto Valore » si articola in due indagini parallele: una rivolta a studiare pianificazione, organizzazione, implementazione e promozione delle campagne di vaccinazione anti-HPV per le coorti 1997 e 1998 nelle Regioni e ASL italiane, utilizzando un questionario elettronico diretto ai referenti regionali e di ASL; l'altra tesa ad individuare i motivi di mancata vaccinazione attraverso un questionario indirizzato alle famiglie delle ragazze che non hanno aderito al programma vaccinale.

Il Ministero della salute nel febbraio 2008 ha realizzato una campagna di comunicazione per sensibilizzare sull'impor-

tanza della vaccinazione contro il papilloma virus (HPV) e per informare sulla campagna di vaccinazione in corso.

I destinatari della campagna erano i genitori, i medici (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi) e gli operatori sanitari. L'obiettivo era quello di sensibilizzarli sui benefici della vaccinazione contro il virus HPV, sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini disponibili, sull'utilità di aderire ai programmi periodici di *screening*.

Gli strumenti utilizzati nella campagna erano rappresentati da:

uno spot televisivo, diffuso sui maggiori circuiti televisivi a diffusione nazionale e locale, sui grandi schermi dei circuiti cinematografici e nelle stazioni aeroportuali del territorio;

uno spot radiofonico trasmesso sulle principali emittenti radiofoniche;

materiale informativo specifico (poster, opuscoli, eccetera);

informazione *on line*: in particolare, sul sito *www.ministerosalute.it*, era stato pubblicato lo speciale dedicato « Vaccinazione contro il Papilloma virus », con tutte le informazioni relative al vaccino, le domande e le risposte.

Attualmente è in fase di definizione il Programma delle iniziative di comunicazione per l'anno 2012; in tale contesto si sta valutando l'opportunità di inserire la vaccinazione contro il virus HPV nell'ambito delle tematiche da sviluppare.

ALLEGATO 4

**Legge comunitaria 2012. C. 4925 Governo.**

**RELAZIONE APPROVATA DALLA XII COMMISSIONE**

La XII Commissione (Affari sociali),  
esaminato, per le parti di propria  
competenza, il disegno di legge comunitaria  
2012 (C. 4925 Governo);

valutato positivamente l'inserimento  
nell'Allegato B del disegno di legge comunitaria  
della direttiva 9 marzo 2011,  
n. 2011/24/UE, del Parlamento europeo e  
del Consiglio, concernente l'applicazione  
dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza  
sanitaria transfrontaliera e il rimborso  
delle spese sostenute, al fine di garantire la  
libertà di scelta del paziente sul prestatore  
di assistenza sanitaria in Europa, sia per

l'assistenza di base che per le cure ospedaliere;

considerato che la XII Commissione  
si era già espressa sulla proposta della  
suddetta direttiva (COM(2008)414 def.),  
durante l'esame in fase ascendente approvando,  
nella seduta del 10 marzo 2009, un  
documento finale che, nella maggior parte  
dei punti in cui si articolava, appare  
sostanzialmente recepito dalla direttiva  
medesima,

delibera di

**RIFERIRE FAVOREVOLMENTE.**

## ALLEGATO 5

**Relazione sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nel 2011.  
Doc. LXXXVII, n. 7.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione (Affari sociali),  
esaminata, per la parte di propria competenza, la relazione sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nell'anno 2011 (Doc. LXXXVII, n. 5);

considerata, in particolare, la partecipazione da parte dell'Italia ad una serie di iniziative nel settore della prevenzione sanitaria, quale *Joint Action* sulle demenze, nell'ambito del Secondo programma di azione europea in tema di salute (2008/2013);

tenuto conto altresì dell'impegno nella trattazione di alcune direttive del

cosiddetto pacchetto farmaceutico e, soprattutto, nelle modifiche alla direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la comunicazione al pubblico di informazioni sui medicinali per uso umano soggetti a prescrizione medica e sulla farmacovigilanza;

considerata altresì la partecipazione ai lavori di adozione delle conclusioni del Consiglio in merito all'innovazione nel settore dei dispositivi medici, nell'ottica del miglioramento del livello di protezione della salute,

esprime

**PARERE FAVOREVOLE.**

## ALLEGATO 6

**Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da  
disabilità grave prive del sostegno familiare. Testo unificato C. 2024  
Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago.**

**EMENDAMENTI APPROVATI**

## ART. 3.

*Al comma 1, sopprimere la lettera e).*

*Conseguentemente, dopo l'articolo 4, inserire il seguente:*

## ART. 4-bis.

*(Polizze assicurative sul dopo di noi).*

1. Lo Stato agevola la sottoscrizione di polizze previdenziali ed assicurative finalizzate alla tutela delle persone di cui all'articolo 1.

2. Alle polizze previdenziali ed assicurative sottoscritte secondo le finalità della presente legge si applica il regime della detraibilità dei premi assicurativi previsto dall'articolo 15, comma 1, lettera f), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono adottate le norme attuative delle disposizioni di cui al comma 2.

4. All'onere derivante dal presente articolo, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2011, si provvede mediante corrispondente riduzione in maniera lineare delle autorizzazioni di spesa di

parte corrente di cui alla tabella C allegata alla legge 13 dicembre 2010, n. 220.

**3. 14.** Il relatore.

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

*2-bis.* Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali trasmette annualmente una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge.

**3. 13.** Mura, Palagiano.

## ART. 6.

*Al comma 2, capoverso o-ter), sostituire le parole: 2.500 euro, con le seguenti: 3.500 euro.*

**6. 1.** Mura, Palagiano.

## ART. 7.

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 7. – *(Copertura finanziaria).* – 1. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, pari a 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2011, si provvede mediante utilizzo delle maggiori entrate derivanti dall'attuazione del comma 2.

2. All'articolo 30-*bis*, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, sono apportate le seguenti modificazioni:

alla lettera *a*), le parole « 12,6 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 13,1 per cento »;

alla lettera *b*), le parole « 11,6 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 12,1 per cento »;

alla lettera *c*), le parole « 10,6 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 11,1 per cento »;

alla lettera *d*), le parole « 9 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 9,5 per cento »;

alla lettera *e*), le parole « 8 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 8,5 per cento ».

**7. 2.** Il relatore.