XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 120/2013: Misure urgenti di riequilibrio della finanza pubblica nonché in materia di immigrazione. C. 1690 Governo (Parere alla V Commissione) *(Esame e rinvio)* 85

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-01391 Di Vita: Ricorsi amministrativi in materia di indennizzo in favore di soggetti danneggiati da vaccini obbligatori o da emotrasfusioni 87

ALLEGATO 1 (Testo della risposta) 90

5-01392 Binetti: Promozione di *screening* neonatali per il primo mese di vita 88

ALLEGATO 2 (Testo della risposta) 91

5-01393 Nicchi: Iniziative per un aumento delle risorse finanziarie per i contratti di formazione medica specialistica 88

ALLEGATO 3 (Testo della risposta) 93

5-01394 Iori: Ulteriore proroga dei termini per la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari 89

AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), dell'Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED), del Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC), della Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), della Federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM) e dell'Associazione dei medici accusati di malpratiche ingiustamente (AMAMI), nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo e C. 1581 Vargiu 89

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 7 novembre 2013. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU.

La seduta comincia alle 13.35.

DL 120/2013: Misure urgenti di riequilibrio della finanza pubblica nonché in materia di immigrazione.

C. 1690 Governo.

(Parere alla V Commissione).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Filippo FOSSATI (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere alla V Commissione (Bilancio) il prescritto parere sulle parti di competenza concernenti il disegno di legge in titolo, di conversione del decreto-legge n. 120 del 2013, recante misure urgenti di riequilibrio della finanza pubblica, nonché in materia di immigrazione.

Fa presente che il decreto-legge in oggetto, che si compone di quattro articoli, contiene, agli articoli 2 e 3, misure finan-

ziarie volte a consentire di contenere il *deficit* del bilancio 2013 entro un valore non superiore al tre per cento del prodotto interno lordo. In particolare, l'articolo 2 contiene disposizioni in materia di finanza degli enti territoriali; l'articolo 3 reca ulteriori disposizioni finanziarie, finalizzate a consentire il rientro entro il limite definito in sede europea dallo scostamento dagli obiettivi di contenimento dell'indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni.

Rileva, inoltre, che a tali misure si accompagnano, all'articolo 1, disposizioni, sempre di carattere finanziario, in materia di immigrazione: in particolare, al comma 1 si incrementa di 20 milioni di euro per il 2013 la dotazione del Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, mentre, al comma 2, si istituisce un ulteriore fondo presso il Ministero dell'interno, finalizzato a « fronteggiare le esigenze straordinarie connesse all'eccezionale afflusso di stranieri sul territorio nazionale », con una dotazione di 190 milioni di euro per il 2013.

L'articolo 4, infine, dispone l'immediata entrata in vigore del provvedimento.

Per quanto concerne specificamente le competenze della XII Commissione, segnala la disposizione recata dal comma 6 dell'articolo 2, che novella l'articolo 2, comma 80 della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria 2010), in materia di maggiorazioni fiscali nelle regioni sottoposte a Piano di rientro.

Osserva, quindi, che ai sensi della suddetta novella, a decorrere dal 2013, nelle regioni sottoposte a piano di rientro, laddove il disavanzo sanitario sia risultato decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle maggiorazioni fiscali regionali di Irap e dell'addizionale Irpef, e questo sia avvenuto in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso come verificato dai Tavoli tecnici, è consentita la riduzione delle maggiorazioni fiscali regionali di Irap e dell'addizionale Irpef, o la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie. A garanzia del finanziamento del Servizio sanitario regionale, per la copertura dei Piani di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione, deve essere comunque finalizzato un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel biennio di riferimento.

Si prevede, inoltre, che alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote è consentita la riduzione delle maggiorazioni fiscali regionali di Irap e dell'addizionale Irpef, o la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie. A garanzia del finanziamento del Servizio sanitario regionale, per la copertura dei Piani di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione, deve essere comunque finalizzato un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel triennio considerato.

Fa presente che le riduzioni delle aliquote o la destinazione del gettito fiscale per finalità extrasanitarie sono legate alle seguenti condizioni: in ciascuno degli anni del biennio o triennio di riferimento deve essersi verificato un disavanzo sanitario di competenza del singolo esercizio; il disavanzo, prima delle coperture, deve essere inferiore all'importo derivante dalla massimizzazione delle aliquote Irap e Irpef; una verifica positiva dei Tavoli tecnici (Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti); presentazione di un Programma operativo 2013-2015 approvato dagli stessi Tavoli.

Evidenzia altresì che resta comunque fermo il meccanismo che permette alle regioni che conseguono obiettivi intermedi superiori a quelli previsti di rideterminare, nell'esercizio successivo, le aliquote nei limiti dei migliori risultati conseguiti e certificati in sede di verifica periodica (*ex* articolo 2, comma 80, ultimo periodo, della legge n. 191 del 2009).

Si riserva, infine, di formulare una proposta di parere alla luce delle eventuali osservazioni che emergeranno dal dibattito.

Andrea CECCONI (M5S), intervenendo sull'ordine dei lavori, evidenzia la brevità del tempo che i componenti della Commissione hanno avuto a disposizione per esaminare nel merito il provvedimento in oggetto, in quanto l'ordine del giorno della seduta odierna della medesima Commissione è stato aggiornato solo nella giornata di ieri, con l'inserimento del suddetto decreto-legge. Fa presente, quindi, che tale prassi finisce per compromettere l'attività dei parlamentari e, in particolare, di quelli appartenenti ai gruppi di opposizione.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, replica al deputato Cecconi facendo notare che nella riunione dell'ufficio di presidenza della Commissione, integrato dai rappresentanti dei gruppi, tenutasi nella giornata di ieri, era stato preannunciato l'inserimento all'ordine del giorno del decreto-legge in titolo, a seguito della richiesta di parere pervenuta dalla Commissione di merito nella tarda mattinata della stessa giornata di ieri. Fa presente, inoltre, che, proprio al fine di consentire a tutti i deputati di svolgere un esame approfondito del provvedimento, quest'ultimo è stato calendarizzato, oltre che per la seduta odierna, anche per martedì 12 novembre, giornata in cui si addiverrà all'espressione del parere.

Rilevando, tuttavia, su un piano più generale, la fondatezza delle argomentazioni addotte dal deputato Cecconi, si riserva di rappresentarle alla Presidente della Camera, in sede di Conferenza dei presidenti di Commissione, con l'obiettivo di pervenire a un'organizzazione dei lavori parlamentari che sia effettivamente incentra sul criterio della programmazione, e non dell'improvvisazione.

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

La seduta termina alle 13.50.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 7 novembre 2013. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. – Interviene il sottosegretario di Stato per salute, Paolo Fadda.

La seduta comincia alle 13.50.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-*ter*, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

5-01391 Di Vita: Ricorsi amministrativi in materia di indennizzo in favore di soggetti danneggiati da vaccini obbligatori o da emotrasfusioni.

Giulia DI VITA (M5S) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando che essa riguarda una questione già affrontata numerose volte presso la Commissione affari sociali, anche nel corso delle precedenti legislature. Ricorda che tale questione concerne la prassi per cui il ministro della salute, chiamato a decidere sui ricorsi avverso le decisioni assunte dalla commissione medico ospedaliera (CMO) circa la sussistenza del nesso causale tra il vaccino o la trasfusione di sangue e la malattia insorta, al fine del riconoscimento dell'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992, non si limitava a pronunciarsi esclusivamente sui motivi oggetto di impugnativa – come invece prevede la legge –, ed in molte occasioni procedeva nel merito, riformando *in peius* il provvedimento emanato dalla CMO.

Evidenziando, quindi, che un elemento di novità in questa materia è rappresentato dalla sentenza del Consiglio di Stato del 9 gennaio 2012, che ha riconosciuto l'illegittimità della suddetta prassi, chiede al Governo quali iniziative abbia intrapreso o intenda intraprendere, alla luce della normativa vigente e della giurispru-

denza, nel senso di superare definitivamente la richiamata prassi ministeriale.

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

Giulia DI VITA (M5S), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, apprezzando la chiarezza della riposta fornita dal sottosegretario Fadda ma annunciando, al tempo stesso, l'intento di continuare a seguire la vicenda, nell'interesse delle numerose famiglie che sono in attesa dell'indennizzo.

5-01392 Binetti: Promozione di *screening* neonatali per il primo mese di vita.

Paola BINETTI (SCpI) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando che, sulla base dei progressi compiuti dalla medicina, che consentono di identificare in modo adeguato la presenza di patologie nei neonati, sarebbe opportuno promuovere *screening* neonatali obbligatori e sistematici, attuati con controlli ravvicinati per tutto il primo mese di vita, coinvolgendo il neonatologo ed il pediatria di famiglia.

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

Paola BINETTI (SCpI), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta in quanto da essa emerge chiaramente l'esigenza di adoperarsi al fine di superare le differenze strutturali e tecnologiche esistenti tra le diverse aree regionali, al fine di creare condizioni di eguaglianza, in termini di diritto alla qualità della vita, tra tutti i neonati.

Insiste, tuttavia, sull'opportunità di implementare l'appropriatezza e la sicurezza nell'erogazione delle cure nei confronti della puerpera e del neonato, garantendone la presa in carico e la continuità assistenziale, ciò che presuppone che le dimissioni non avvengano troppo presto, in modo da poter effettuare adeguati controlli per il primo mese di vita.

5-01393 Nicchi: Iniziative per un aumento delle risorse finanziarie per i contratti di formazione medica specialistica.

Marisa NICCHI (SEL) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando che essa riguarda direttamente il futuro dei giovani medici che manifestano in questi giorni in piazza Montecitorio.

Ricorda, quindi, che annualmente sono circa 10 mila le matricole che si iscrivono al corso di laurea in medicina, mentre l'accesso alla formazione dei neolaureati è possibile soltanto per 4.500 specializzandi e circa 900 corsisti di medicina generale e che, per quanto riguarda l'anno accademico appena cominciato, la previsione è di una contrazione dei contratti di specializzazione a finanziamento ministeriale (circa 2.500). Fa presente, inoltre, che a ciò si aggiunge un *trend* in diminuzione degli accessi ai corsi di formazione specifica di medicina generale, dato peraltro in controtendenza rispetto ad ogni logica programmatoria in un contesto di crescente carico delle malattie croniche.

Alla luce delle considerazioni svolte, chiede al rappresentante del Governo se non si intendano assumere iniziative per un aumento delle risorse finanziarie per i contratti di formazione medica specialistica, dimostrando così concretamente la volontà di investire sui giovani e, quindi, sul futuro.

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

Marisa NICCHI (SEL), replicando, si dichiara insoddisfatta della risposta, evidenziando come la mancanza di risorse finanziarie adeguate sia direttamente riconducibile alle scelte politiche che vengono effettuate a livello governativo. In tal senso, ritiene che il Governo potrebbe pensare a nuove forme di finanziamento,

procedendo, ad esempio, nel senso di assicurare un migliore utilizzo dei fondi europei in questa materia.

Preannuncia, pertanto, l'intenzione di presentare emendamenti, volti a perseguire gli obiettivi auspicati, in sede di esame del disegno di legge di stabilità.

5-01394 Iori: Ulteriore proroga dei termini per la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari.

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

Ringrazia, quindi, il sottosegretario e dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.15.

AUDIZIONI INFORMALI

Giovedì 7 novembre 2013.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), dell'Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED), del Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC), della Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), della Federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM) e dell'Associazione dei medici accusati di malpratiche ingiustamente (AMAMI), nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo e C. 1581 Vargiu.

L'audizione informale è stata svolta dalle 14.15 alle 15.45.

ALLEGATO 1

5-01391 Di Vita: Ricorsi amministrativi in materia di indennizzo in favore di soggetti danneggiati da vaccini obbligatori o da emotrasfusioni.

TESTO DELLA RISPOSTA

La materia in esame è stata oggetto di un parere del Consiglio di Stato del 28 settembre 2011 circa la corretta applicazione dell'articolo 5 della legge n. 210 del 1992; parere reso su specifica richiesta del Ministero della salute, nel rispetto dell'impegno di cui alla Risoluzione n. 7-00138, della precedente legislatura.

Tale Risoluzione ha impegnato il Ministero della salute a chiedere un parere al Consiglio di Stato circa la correttezza dell'operato del Ministero della salute in ordine ai ricorsi ex articolo 5 della legge n. 210 del 2005.

Ciò premesso, gli Uffici competenti del Ministero della salute, appena acquisito il citato parete del Consiglio di Stato, e tenuto conto anche della giurisprudenza che nel tempo si è consolidata in materia di ricorso gerarchico, hanno da quel momento, modificato l'espletamento dei criteri di valutazione delle istanze, adeguando gli stessi alle nuove indicazioni del Consiglio di Stato. Decidendo nel contempo di non dover rivedere anche i provvedimenti di rigetto assunti precedentemente a tale parere.

La posizione di non rivedere i provvedimenti esaminati ed assunti prima dell'acquisizione del citato parere del Consiglio di Stato, ha determinato che anche la pratica portata a titolo di esempio dall'onorevole Interrogante non sia stata rivalutata.

ALLEGATO 2

5-01392 Binetti: Promozione di *screening* neonatali per il primo mese di vita.

TESTO DELLA RISPOSTA

Il Ministero della salute rivolge da tempo una significativa attenzione alla salute materno-infantile: tra le varie iniziative intraprese, segnalo che nell'ottobre 2012 è stato costituito un Gruppo di lavoro per l'elaborazione di « Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico - adolescenziale » ed è in corso l'elaborazione del documento finale.

Rammento, inoltre, le azioni realizzate a seguito dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sulle « Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo ».

Relativamente alle malattie metaboliche ereditarie, causate da una mutazione genetica, come è noto, la loro diagnosi è possibile soltanto mediante analisi biochimiche speciali. Essa richiede un alto livello di « sospetto clinico », trattandosi di malattie rare (MR).

In Italia gli *screening* metabolici obbligatori sono previsti per la diagnosi precoce delle malformazioni e per l'individuazione ed il tempestivo trattamento delle malattie previste per legge come la fibrosi cistica.

L'avvento di nuove apparecchiature ha reso realizzabile l'attuazione di programmi di *screening* neonatali allargati a numerose malattie metaboliche.

Il test di *screening*, come è noto, deve rispondere a criteri utili ed universalmente accettati e deve consistere in una prova sicura, valida e poco costosa, con un alto livello di sensibilità e specificità, e richiede un'attenta analisi del rapporto costo/beneficio.

Va detto che un aspetto di particolare delicatezza per gli *screening* allargati riguarda il pieno consenso informato da parte dei genitori.

Non vi è dubbio che la disponibilità di laboratori, di metodiche e di personale idoneo, formato e specializzato, in grado di fornire una diagnosi corretta, costituisce un ulteriore aspetto sostanziale del processo diagnostico in questione.

La valutazione dell'obbligatorietà degli *screening* neonatali allargati richiede anche l'istituzione di comitati tecnici di studio per effettuare valutazioni dell'efficacia teorica e pratica dello *screening*, nel rispetto dei criteri universalmente adottati per le singole patologie ed è necessario procedere ad un attento esame degli aspetti organizzativi e del rapporto costo/benefici.

Segnalo che il Ministero della salute ha finanziato il Progetto « *Screening* neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse regioni », attualmente in corso, con l'obiettivo di definire una strategia nazionale per lo sviluppo e l'applicazione dello *screening* neonatale esteso, inteso come sistema di prevenzione secondaria di provata efficacia ed elaborato in accordo con il quadro di riferimento europeo.

In particolare, attraverso la definizione di criteri condivisi con le Regioni, si potrà contare su Raccomandazioni di riferimento, con lo scopo di fornire alle Regioni

elementi utili alla programmazione sanitaria, al governo clinico e al miglioramento dell'assistenza per l'applicazione dello *screening* neonatale esteso. Va detto, infatti, che in Italia la programmazione dello *screening* neonatale allargato alle malattie metaboliche congenite risulta fortemente disomogenea nelle diverse realtà regionali.

Alcune Regioni hanno adottato un « Programma regionale per lo *screening* neonatale esteso »; altre Regioni, invece, hanno avviato invece progetti pilota, altre ancora eseguono lo *screening* sui neonati limitatamente alle patologie per cui esiste un obbligo di legge.

La conoscenza degli aspetti organizzativi e di gestione che caratterizzano attualmente il percorso diagnostico-assistenziale connesso allo *screening* neonatale nelle singole Regioni, potrà consentire di costituire un modello operativo condiviso per lo *screening* esteso. Nell'ambito del Progetto in corso, prima indicato, è attivo un Tavolo tecnico con i rappresentanti del Ministero della salute, del Tavolo interregionale delle malattie rare, dell'AGENAS, dei responsabili regionali dei programmi di *screening* e di importanti società scientifiche.

È in fase conclusiva un ulteriore Progetto « Costruzione di percorsi diagnostico-assistenziali per le malattie oggetto di *screening* neonatale allargato », finalizzato a realizzare una rete assistenziale integrata per i bambini con malattie metaboliche, diagnosticate attraverso *screening* neonatale allargato. In particolare, viene promossa l'individuazione dei centri clinici di riferimento.

La tematica degli *screening* viene ribadita anche nella Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonati sani di peso inferiore a 2.500 grammi non correlata a malattia congenita, che prevede, tra l'altro, prima della dimissione ospedaliera, l'effettuazione del controllo clinico del neonato e l'esecuzione degli *screening* per le malattie metaboliche ed uditivi.

Detta Raccomandazione è attualmente in fase di condivisione con il gruppo tecnico sicurezza delle cure delle Regioni e Province Autonome.

Da ultimo, comprendendo lo spirito che ha portato gli Onorevoli interroganti a porre la questione della obbligatorietà degli *screening*, si ritiene necessario potenziare, come sopra detto, le azioni finalizzate a superare la disomogeneità delle diverse Regioni, migliorando la rete e promuovendo, con le cautele necessarie, la introduzione di test allargati.

ALLEGATO 3

5-01393 Nicchi: Iniziative per un aumento delle risorse finanziarie per i contratti di formazione medica specialistica.

TESTO DELLA RISPOSTA

Il riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria è stato modificato dal decreto ministeriale in data 1° agosto 2005. Il decreto ha previsto, a risorse invariate, la durata delle scuole di specializzazione portata a 5 anni di corso per tutte le scuole e a 6 anni di corso quelle di neurochirurgia e chirurgia generale. L'applicazione del sopra citato decreto è avvenuta a decorrere dall'anno accademico 2008/2009. Ciò ha comportato un anno aggiuntivo di permanenza di tutti gli specializzandi e conseguentemente un maggior numero di contratti da finanziare con il medesimo stanziamento annuale. L'ammontare complessivo dei fondi stanziati ai sensi dell'articolo 39, del decreto legislativo n. 368 del 1999 (pari a circa 562 milioni di euro) ed il numero costante di specializzandi in corso di formazione, ha permesso fino all'anno accademico 2011/2012 di finanziare 5.000 contratti per il primo anno di corso.

La prima contrazione del numero di contratti si è registrata nell'anno accademico 2012/2013. Per tale anno accademico, infatti, il Ministero dell'economia e delle finanze ha determinato in 4.500 il numero di contratti per gli immatricolabili al primo anno delle scuole di specializzazione, sottolineando in tale occasione come la questione possa avere ricadute più gravi nell'anno accademico 2013/2014, anno in cui, in mancanza un incremento delle risorse finanziare correnti, potranno essere immatricolati al primo anno di corso all'incirca 2.000 specializzandi.

Ciò posto, si ritengono condivisibili le preoccupazioni degli onorevoli interroganti, tanto è vero che la questione è da anni all'attenzione di questo Ministero ed è stata più volte rappresentata nelle sedi istituzionali opportune.

È evidente dunque, come questo Ministero consideri la situazione attuale difficilmente gestibile, anche tenuto conto che il possesso del titolo di specializzazione è requisito di accesso per il Servizio Sanitario Nazionale. È indispensabile, pertanto, che il maggior numero di laureati in medicina e chirurgia derivante dall'incremento dei posti disponibili per l'accesso ai corsi di laurea avvenuto negli ultimi anni accademici, possa tradursi concretamente in un aumento del numero di dirigenti medici impiegati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Non è, infatti, ipotizzabile una programmazione degli accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia che non sia correlata alla possibilità che i futuri medici completino la propria formazione accedendo ad una scuola di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

Come è noto, per tentare di alleviare in parte le criticità finanziarie in esame, il recente decreto-legge n. 104 del 2013, già approvato dalla Camera ed attualmente all'esame del Senato, contiene disposizioni in materia di riduzione degli anni per le scuole di specializzazione.

Infine, per quanto riguarda la richiesta di finanziamento di 1.000 contratti di formazione da destinare a specializzandi non medici iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria, quali: fisici sanitari, psicologi, biologi, statistici, farmacisti, di cui all'articolo 8 della legge n. 401 del 2000, si osserva quanto segue.

Nel rispetto di tale norma, il Ministero della salute già nel 2002, aveva attivato, unitamente ai competenti Uffici del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, una ricognizione delle scuole di specializzazione esistenti e interessate alla questione, al fine di quantificare l'onere economico che ne sarebbe derivato.

Occorre, infatti, precisare che detta norma nel sancire per i sopracitati professionisti un diritto, non ha, tuttavia, previsto alcuna copertura finanziaria, necessaria a far fronte agli ulteriori oneri. Da ciò deriva l'impossibilità di sottrarre risorse alla formazione dei medici, considerato che solo per quest'ultima categoria è riconosciuta, nel rispetto delle norme comunitarie la remunerazione durante il periodo di specializzazione.

Ulteriore elemento di criticità è derivato, inoltre, dall'attuazione degli articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368 del 1999 che, prevedono l'applicazione ai medici specializzandi del contratto di formazione specialistica in luogo della precedente borsa di studio, attesi i maggiori oneri derivanti da detti contratti.

Basti considerare, a tal riguardo, che, in assenza di risorse aggiuntive necessarie a finanziarli, la legge n. 289 del 2002 (finanziaria 2003) ha procrastinato la stipula di tali contratti per i medici specialisti, per la cui applicazione si è dovuto attendere l'anno accademico 2006/2007.

Aggiungo inoltre che nel 2008, sempre per dare soluzione alla problematica, il Ministro della salute ha effettuato uno studio al fine di quantificare gli oneri derivanti dall'applicazione del citato articolo 8, proponendo di individuare risorse finanziarie aggiuntive con la legge finanziaria per il 2009.

Sulla base di dette stime era stata ipotizzata la necessità di un finanziamento da parte dello Stato di circa 800/1000 contratti di formazione per tutte le categorie professionali interessate, con una spesa per il primo anno pari ad euro 20/25 mln. Tuttavia, attesa la sfavorevole congiuntura economica, tale proposta non è stata mai presa in considerazione.

Concludo confermando che i problemi sollevati ed esaminati sono reali, e per una adeguata programmazione delle figure sanitarie, necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria, è necessario l'aumento delle risorse finanziarie.