

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-01900 Frusone: Carezza di personale medico negli ospedali della provincia di Frosinone a seguito del piano di rientro della regione Lazio	73
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	75
5-02195 Agostinelli: Mancata adozione del regolamento dei registri di patologia di cui all'articolo 12 del DL 179/2012	74
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	76
5-00797 Sottanelli: Assistenza sanitaria ai pazienti affetti da SLA e da altre gravi patologie neurodegenerative nella regione Abruzzo	74
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	78
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	74

INTERROGAZIONI

Giovedì 8 maggio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 11.20.

5-01900 Frusone: Carezza di personale medico negli ospedali della provincia di Frosinone a seguito del piano di rientro della regione Lazio.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Luca FRUSONE (M5S), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto in quanto, pur avendo acquisito alcuni elementi informativi, ritiene tuttavia che non siano sufficienti.

Fa presente, quindi, di aver presentato l'interrogazione in titolo al fine di sollecitare il Governo a intervenire di fronte alla situazione venuta a crearsi presso gli ospedali della provincia di Frosinone, che si trovano cronicamente sotto organico per i tagli seguiti al commissariamento della sanità della regione Lazio. Come conseguenza, si registra un enorme ricorso alle prestazioni straordinarie oltre il normale orario di lavoro dei medici attualmente in organico (PES), cosa assai pericolosa, in quanto i medici dovrebbero sempre svolgere la propria attività in condizioni di massima efficienza.

Ritiene, inoltre, che tale prassi, peraltro seguita in altre regioni commissariate, sia poco coerente con la politica di *spending review* in atto poiché, al fine di favorire un contenimento dei costi sanitari, a suo avviso sarebbe più logico utilizzare i soldi spesi per le PES per assumere in pianta stabile i medici necessari per coprire le

carenze di organico, ottenendo al tempo stesso un aumento della qualità dei servizi erogati.

5-02195 Agostinelli: Mancata adozione del regolamento dei registri di patologia di cui all'articolo 12 del DL 179/2012.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (M5S), cofirmatario dell'interrogazione, replicando, si dichiara insoddisfatto, reputando inaccettabile, nel 2014, la mancanza di una mappatura nazionale, che dia conto dell'incidenza nella popolazione delle malattie tumorali nelle varie regioni italiane. Al riguardo, fa notare che sarebbe sufficiente effettuare il trasferimento dei dati provenienti dalle diverse strutture ospedaliere presso un unico *database*, anche al fine di evitare che si vengano a creare discriminazioni tra una regione e l'altra, considerato che sono proprio le regioni in cui è più alta l'incidenza dei tumori a non aver istituito un registro.

Per quanto riguarda poi il caso della regione Marche, avendo appreso dalla ri-

sposta del Governo che non è necessaria l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio per attivare il registro tumori, fa presente che rivolgerà una specifica istanza alla regione.

5-00797 Sottanelli: Assistenza sanitaria ai pazienti affetti da SLA e da altre gravi patologie neurodegenerative nella regione Abruzzo.

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

Giovanni MONCHIERO (SCpI), cofirmatario dell'interrogazione, replicando, si dichiara soddisfatto della risposta fornita dal sottosegretario De Filippo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 11.45.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 11.50 alle 12.20.

ALLEGATO 1

5-01900 Frusone: Carenza di personale medico negli ospedali della provincia di Frosinone a seguito del piano di rientro della regione Lazio.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il 28 febbraio 2007 la Regione Lazio ha sottoscritto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute l'Accordo concernente il Piano di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale (cosiddetto Piano di rientro).

Il Presidente «*pro-tempore*» della Regione, con delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro.

In data 17 dicembre 2013 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dottor Botti unico sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Lazio, in sostituzione dei Commissari uscenti, dottor Giorgi e dottor Spata.

Nel frattempo, il Commissario *ad acta*, in data 6 dicembre 2013, ha trasmesso il Programma Operativo 2013-2015, adottato con propria delibera n. 480 del 2013, quale prosecuzione del Piano di rientro.

Il documento, attualmente in istruttoria ai Ministeri affiancanti, prevede che «a decorrere dall'anno 2013 si conferma il blocco del *turnover* del personale nella misura pari al 90 per cento del numero dei dipendenti cessati dal servizio nel corso dell'anno precedente».

In merito alla richiesta dell'interrogazione sulla possibilità di assumere 40 medici, occorre ricordare quanto espresso dai Tavoli di monitoraggio nella riunione di verifica di attuazione del Piano di rientro

del 18 dicembre 2013: «Tavolo e Comitato ricordano che la regione dal 2013 non è più sottoposta al blocco automatico del *turnover* ai sensi del comma 174. Qualsiasi deroga potrà essere valutata, nel rispetto della normativa vigente, dopo la risoluzione dei disallineamenti tra i risultati della tabella A e i dati di Conto annuale relativi all'anno 2004. In proposito la regione ha inviato in data 4 dicembre 2013 una relazione concernente la riconciliazione tra i risultati della tabella A 2004 e il Conto annuale 2004. Tavolo e Comitato restano in attesa delle determinazioni dei competenti uffici del Mef e dell'avvenuto allineamento delle informazioni contabili, atto presupposto per poter valutare il vincolo di crescita del personale legislativamente previsto».

In effetti, anche il Direttore Generale della stessa Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone, dopo aver rammentato che le uniche deroghe alle nuove assunzioni a livello regionale vengono attualmente consentite solo nella misura del 10 per cento dei dipendenti andati in quiescenza, ha segnalato che è improbabile che la Regione Lazio autorizzi l'assunzione di 40 medici, anche perché, entro i prossimi mesi, la stessa Regione emanerà le Linee Guida definitive per la stesura degli Atti di Autonomia Aziendale, con i quali verranno riorganizzate tutte le strutture regionali; inoltre, sarà redatta la nuova Pianta Organica regionale.

ALLEGATO 2

5-02195 Agostinelli: Mancata adozione del regolamento dei registri di patologia di cui all'articolo 12 del DL 179/2012.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La percentuale di popolazione italiana che vive in aree coperte da Registri Tumori è complessivamente pari al 47 per cento. I Registri accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) sono 38 e 5 sono Registri specializzati.

Va anche detto che la copertura dei Registri è piuttosto disomogenea nel territorio nazionale. Soltanto le Regioni Umbria e Friuli Venezia Giulia hanno una copertura completa, mentre nelle altre Regioni i Registri operano su base provinciale, comunale o di singola ASL.

La percentuale di popolazione coperta è massima nel Nord-Est (69 per cento) e Nord-Ovest (55 per cento), intermedia al Sud (40 per cento) e minima al Centro (26 per cento).

Nella Regione Marche sono attivi due Registri Tumori: il Registro Provinciale di Macerata e il Registro Tumori Infantili che copre l'intera popolazione regionale limitatamente ai tumori che insorgono in età pediatrica e giovanile (0-19 anni).

L'esigenza di un sistema efficace di raccolta sistematica dei dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici, finalizzato a registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, ovvero di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita, è alla base delle disposizioni contenute nell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

Come è noto, il comma 11 del citato articolo 12 prevede l'adozione, su proposta

del Ministro della salute, di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per istituire i sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici.

Il comma 13 dello stesso articolo 12 dispone l'adozione di un regolamento che individui i soggetti che possono avere accesso ai predetti registri, i dati che possono conoscere, nonché le misure per la custodia e la sicurezza dei dati, in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 20, 22 e 154 in materia di protezione dei dati personali, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni.

Al riguardo, si assicura che è in corso di predisposizione lo schema del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, che riporterà l'elenco dei sistemi di sorveglianza e dei registri da istituire.

Va anche segnalato che per la predisposizione del predetto elenco, è stato necessario condurre preliminarmente una attività di ricognizione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, tumori ed altre patologie attualmente esistenti presso il Ministero della salute, l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Italiana del Farmaco, ed individuare eventuali sovrapposizioni, attraverso un'analisi dei relativi contenuti informativi.

La ricognizione è stata estesa anche alle Regioni, per pervenire ad un quadro

complessivo di livello nazionale, prevedendo qualora sussistano specifiche esigenze, l'istituzione di nuovi registri e sistemi di sorveglianza.

Va peraltro ricordato che, mentre il comma 11 dell'articolo 12 non prevede alcun termine per l'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, il comma 13 del medesimo articolo 12, prevede il termine di 18 mesi dalla data di entrata in vigore della normativa recata dal decreto-legge n. 179 del 2012, entro il quale deve essere adottato il Regolamento.

Nel merito del quesito posto, si ritiene che la mancata adozione del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri e del relativo Regolamento attuativo non impedisce l'operatività dei Registri Tumori già esistenti nel territorio nazionale ed istituiti con legge regionale, ferma restando l'adozione da parte delle Regioni di propri regolamenti per disciplinare la specifica finalità perseguita dal Registro, i tipi di dati sensibili trattati e le operazioni eseguibili, i soggetti che possono trattare i dati medesimi, nonché le misure per la sicurezza.

ALLEGATO 3

5-00797 Sottanelli: Assistenza sanitaria ai pazienti affetti da SLA e da altre gravi patologie neurodegenerative nella regione Abruzzo.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il Ministero della salute è consapevole dei rilevanti aspetti di drammaticità e, insieme, di delicatezza della tematica che riguarda le persone affette da gravi forme di patologie neuromuscolari a prognosi infausta, tra cui la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), che coinvolgono il necessario ed indifferibile intervento del Servizio Sanitario nazionale in tutte le sue articolazioni.

In tale ottica, il Ministero della salute già nel 2007 (Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007), ha finanziato l'acquisto di dispositivi tecnologici per la comunicazione aumentativa ed alternativa delle persone affette da SLA (e da altre patologie degenerative neuro-muscolari che provocano, tra le altre conseguenze, la perdita della parola), impegnando le regioni alla predisposizione di progetti specifici nell'ambito degli Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale.

L'orientamento in tal senso è stato confermato nel 2009 (Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009), limitatamente alla soddisfazione dei bisogni dei pazienti che versano in una condizione di pressoché totale impossibilità di comunicare, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive.

Le risorse con il predetto vincolo di destinazione sono state erogate nella misura di 10 milioni di euro per il triennio 2007-2009 e, al fine di monitorare la fase attuativa, questo Ministero ha richiesto agli Assessorati regionali di voler relazionare specificamente in merito agli interventi effettuati ed ai risultati ottenuti con

l'utilizzo di tali fondi, ripartiti in base alla popolazione residente e destinati ai progetti intitolati « Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuro-motorie ».

Negli anni successivi, a testimonianza dell'attualità della tematica e dell'attenzione istituzionale, il Ministero della salute ha ritenuto di inserire la specifica questione nell'ambito della linea prioritaria dedicata alla « non autosufficienza », meno specifica della precedente iniziativa, ma che ha destinato al riparto tra le regioni uno stanziamento di 20 milioni di euro, da investire complessivamente in vari progetti in materia di assistenza alle persone affette da malattie neurologiche (percorsi assistenziali dedicati, presa in carico globale, individuazioni di Centri, costituzione di una rete assistenziale, domiciliarità, formazione ed addestramento degli operatori).

Per quanto di rilievo regionale, la regione Abruzzo ha inteso precisare che l'ASL di Teramo ha attivato da circa tre anni un proprio progetto denominato « Ritorno a Casa », finalizzato a garantire l'assistenza domiciliare a pazienti affetti da gravi malattie neurodegenerative.

Detta assistenza prevede il coinvolgimento di una « *equipe* » multidisciplinare e multispecialistica, che segue a domicilio i pazienti che presentano gravi disturbi motori con conseguente impedimento all'accesso alle strutture sanitarie per visite, esami, controlli, terapie specifiche, al fine

di garantire i necessari supporti assistenziali e tecnologici atti a migliorare la qualità della vita dei pazienti stessi.

Nel caso specifico, preso in esame dall'interrogazione, la comunicazione espressa all'interessata si è subito rivelata, ad ogni evidenza, un mero equivoco.

Infatti, la paziente è già seguita dalla predetta « *equipe* » multidisciplinare, la quale ha inviato il parere di merito obbligatorio alla Direzione del Coordinamento aziendale, autorizzando l'acquisto del comunicatore ottico, al fine di fornirlo al più presto.

La paziente ha ricevuto idonea comunicazione da parte della ASL, che è stata

accompagnata dalle scuse formali per gli spiacevoli fraintendimenti ingeneratisi.

Colgo l'occasione, da ultimo, per comunicare che nella giornata di ieri si è conclusa la procedura di ripartizione, a favore delle regioni, del fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che come è noto a questa Commissione, ammonta a 350 milioni di euro, a seguito di una integrazione introdotta con emendamenti parlamentari nella legge di stabilità.

Il decreto del Ministro del lavoro di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e finanze che ripartisce il fondo alle regioni, infatti, è stato firmato nella giornata di ieri.