

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

COMITATO RISTRETTO:

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori. C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti 248

INTERROGAZIONI:

5-09705: Giuditta Pini: Sul futuro dell'istituto del medico di famiglia 248

ALLEGATO 1 (Testo della risposta) 250

5-10825 Valiante: Iniziative per il riconoscimento della sensibilità chimica multipla come malattia invalidante 249

ALLEGATO 2 (Testo della risposta) 252

5-10875 Nesci: Iniziative per garantire la sicurezza dei pazienti del reparto di cardiocirurgia del Policlinico universitario di Catanzaro 249

ALLEGATO 3 (Testo della risposta) 254

5-11114 Paola Boldrini: Iniziative per l'inserimento della fibromialgia nell'elenco delle malattie croniche 249

ALLEGATO 4 (Testo della risposta) 255

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 249

COMITATO RISTRETTO:

Impiego delle persone anziane per lo svolgimento di lavori di utilità sociale. C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca, C. 3851 Miotto e C. 4098 Nicchi 249

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 4 maggio 2017.

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori.

C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 9.10 alle 10.

INTERROGAZIONI

Giovedì 4 maggio 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLLINI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 13.55.

5-09705: Giuditta Pini: Sul futuro dell'istituto del medico di famiglia.

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

Giuditta PINI (PD), replicando, ringrazia il rappresentante del Governo per la risposta completa e sottolinea l'urgenza di affrontare per tempo il tema dell'inadeguatezza degli attuali sistemi di formazione e gestione dei medici di famiglia, soprattutto in relazione alla tendenza allo spostamento degli interventi in ambito sanitario dalle strutture ospedaliere al territorio. Auspica pertanto che il Governo e le regioni adottino le iniziative di rispettiva competenza, al fine di rispondere in maniera soddisfacente alle esigenze dei pazienti e di affrontare i problemi posti dai numerosi pensionamenti previsti nell'immediato futuro.

5-10825 Valiante: Iniziative per il riconoscimento della sensibilità chimica multipla come malattia invalidante.

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

Simone VALIANTE (PD), replicando, ringrazia per la risposta approfondita che testimonia un'apertura rispetto alle problematiche oggetto dell'interrogazione, sottolineando al riguardo la richiesta avanzata al Consiglio superiore di sanità di esprimersi nuovamente sulla possibilità di definire in maniera puntuale la patologia in questione. Nel ricordare che la sensibilità chimica multipla è riconosciuta come malattia invalidante da molti Paesi e dall'Organizzazione mondiale della sanità, auspica che il Ministero della salute possa procedere celermente nel senso indicato.

5-10875 Nesci: Iniziative per garantire la sicurezza dei pazienti del reparto di cardiocirurgia del Policlinico universitario di Catanzaro.

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

Silvia GIORDANO (M5S), cofirmataria dell'interrogazione in titolo, ringrazia il

sottosegretario Faraone per la risposta, riservandosi di approfondirne il contenuto.

5-11114 Paola Boldrini: Iniziative per l'inserimento della fibromialgia nell'elenco delle malattie croniche.

Il sottosegretario Davide FARAONE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Paola BOLDRINI (PD), replicando, nel ricordare che il tema della fibromialgia è stato oggetto in passato di altri atti di sindacato ispettivo, manifesta apprezzamento per i progressi compiuti e si augura che possa concludersi rapidamente la procedura per i bandi di ricerca, tenuto conto dei centri di riferimento già operativi. Segnala che continuerà ad occuparsi del tema oggetto dell'interrogazione, la cui rilevanza è riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità, oltre ad essere stato affrontato in sede di Parlamento europeo.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.15.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.15 alle 14.25.

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 4 maggio 2017.

Impiego delle persone anziane per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca, C. 3851 Miotto e C. 4098 Nicchi.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 14.25 alle 15.

ALLEGATO 1

5-09705: Giuditta Pini: Sul futuro dell'istituto del medico di famiglia.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio l'onorevole interrogante poiché mi consente di illustrare le iniziative adottate dal Ministero della salute in merito ad una problematica che — posso assicurare — è stata oggetto, soprattutto di recente, di profonda analisi e di attenta valutazione.

Preliminarmente devo rimarcare che, sulla base della normativa vigente, la determinazione del fabbisogno dei medici di medicina generale costituisce un'attività di esclusiva competenza delle regioni e delle province autonome, così come l'intero percorso formativo del medico di medicina generale.

In tale contesto, le risorse finanziarie messe a disposizione dallo Stato vengono determinate, ogni anno, mediante lo stanziamento di una quota fissa ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 109 del 1988, che riserva una quota del Fondo Sanitario Nazionale all'erogazione di borse di studio per la formazione specifica in medicina generale.

Per il triennio di formazione 2015-2018, informo che sono stati stanziati 38,735 milioni di euro, di cui 34,155 milioni di euro destinati al numero complessivo delle borse da finanziare nel solo anno 2015, che ricomprende le borse assegnate agli immatricolati al primo anno, ma anche quelle destinate ai medici iscritti ai corsi di formazione dei trienni precedenti.

Quanto alle differenze nella consistenza finanziaria delle borse di studio percepite dai medici specializzandi (ad esempio in chirurgia ed ortopedia) rispetto alle borse di studio dei tirocinanti in medicina generale, occorre ricordare che, in ossequio alla disciplina comunitaria, si è reso ne-

cessario distinguere la formazione specifica in medicina generale dalla formazione specialistica universitaria.

In particolare, per i medici specialisti il legislatore comunitario ha espressamente previsto, a carico degli Stati membri, l'obbligo di corrispondere una adeguata remunerazione per tutta la durata del corso di formazione, mentre un uguale previsione non è contemplata a vantaggio dei medici del corso di formazione specifica in Medicina Generale.

Pertanto, il decreto legislativo n. 256 del 1991, nel recepire la direttiva 86/457/CEE, proprio al fine di evitare una disparità di trattamento, ha previsto una remunerazione anche a favore dei medici tirocinanti del corso di formazione in Medicina Generale, di importo del tutto analogo a quanto corrisposto ai medici specialisti in tirocinio.

Successivamente, è entrato in vigore il decreto legislativo n. 368 del 1999, il quale, pur senza modificare lo « status giuridico » dei medici specializzandi — che rimangono medici in formazione — ha modificato il loro trattamento economico, sostituendo la precedente borsa di studio con uno specifico contratto annuale di formazione specialistica, costituito da una parte fissa lorda, uguale a tutte le specializzazioni e per l'intera durata del corso, nonché da una parte variabile lorda, calcolata in modo che non ecceda il 15 per cento della parte fissa: il tutto comprensivo degli oneri pensionistici a carico dei contraenti.

Il maggiore importo corrisposto ai medici specializzandi universitari, in virtù della sottoscrizione del contratto di formazione specialistica, viene tuttavia giustificato anche dal maggiore impegno richie-

sto durante il percorso di formazione, il quale deve essere pari a quello previsto per il personale medico del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno, ivi compresi i turni di guardia, per un totale di almeno 38 ore settimanali.

Al medico tirocinante presso il corso di formazione specifica in Medicina Generale viene, invece, richiesto un impegno di 4.800 ore annuali, ripartite in base alle modalità adottate dalle regioni per l'organizzazione dei corsi.

In merito alla programmazione delle risorse umane ed all'affinamento del sistema di rilevazione dei dati relativi al fabbisogno, si segnala che, al fine di migliorare il processo di previsione e di pianificazione della forza lavoro sanitaria seguito in Italia, nel 2013 il Ministero della salute ha aderito ad un programma triennale, conclusosi nel giugno 2016, sostenuto dalla Commissione Europea.

In tale ambito, uno specifico « progetto pilota » è stato finalizzato alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno dei professionisti nel sistema sanitario nazionale.

Obiettivo del progetto era quello di individuare, per i medici, gli odontoiatri, i farmacisti, gli infermieri e le ostetriche, una metodologia comune di determinazione dei fabbisogni formativi, concordata ed utilizzata da tutti i partecipanti, tra i quali le Regioni e Province Autonome, le Federazioni degli ordini ed i Collegi professionali.

Il « progetto pilota » si è concluso in data 9 giugno 2016, con il perfezionamento dell'Accordo Stato-Regioni concernente il modello previsionale del fabbisogno dei professionisti sanitari e, di conseguenza, il fabbisogno formativo delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2016-2017.

In termini di risultati, sono stati sviluppati 5 modelli nazionali di previsione a medio-lungo termine (uno per ciascuna professione oggetto di studio) che hanno costituito uno strumento utile alle definizioni del fabbisogno delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2016-2017.

Tenuto conto del positivo esito di tale progetto, avviato in via sperimentale per le cinque professioni citate, il Ministero della

salute intende dare seguito alle attività poste in essere, sia perfezionando la metodologia proposta sia estendendola ad altre figure professionali, in tal modo focalizzando l'attenzione sulle professioni per le quali la domanda e l'offerta risultano sbilanciate, così come accade per i medici di medicina generale.

In conclusione, desidero rimarcare che tali iniziative testimoniano l'intenzione del Ministero della salute si assicurare, anche nel futuro, la completa copertura del servizio prestato dai medici di medicina generale in tutto il territorio nazionale, nella consapevolezza, tuttavia, che per perseguire detto scopo sia necessario il coinvolgimento delle Regioni, che esprimono il relativo fabbisogno, e del Ministero dell'economia e delle finanze, per gli aspetti concernenti la copertura finanziaria.

Più in generale, in merito agli orientamenti tesi alle future prospettive dello stesso istituto del medico di medicina generale, su cui è stata posta la particolare attenzione dell'onorevole interrogante, desidero informare che il Ministero della salute sta valutando la realizzazione di modelli organizzativi che vedono il medico in formazione specifica in medicina generale occupato sia nell'assistenza territoriale con maggiore densità assistenziale, attraverso il supporto di reti informatiche per la condivisione dei dati clinici, sia nell'assistenza continuativa al paziente e nella continuità temporale dell'assistenza.

Infatti, una possibile soluzione della carenza di medici di medicina generale potrebbe rinvenirsi nella progressiva integrazione ed interazione dei medici in formazione con i medici già formati, attraverso forme di aggregazione complessa delle cure primarie.

In tal modo, si potrebbe addivenire ad un accesso alla professione di medico di medicina generale attraverso una formazione che preveda una progressiva e graduale autonomia, così come già previsto per i medici in formazione specialistica universitaria, garantendo sia una copertura del servizio, con livelli motivazionali più alti da parte dei partecipanti al corso, sia il conseguente più rapido inserimento nell'area professionale.

ALLEGATO 2

5-10825 Valiante: Iniziative per il riconoscimento della sensibilità chimica multipla come malattia invalidante.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Le malattie rare sono – per definizione – patologie a bassa prevalenza nella popolazione generale: interessano, infatti, non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti.

Per quanto concerne la sensibilità chimica multipla (SCM), definita anche come intolleranza chimica o idiopatica ambientale, mi preme evidenziare che la stessa è a tutt'oggi una sindrome dagli aspetti clinici e patogenetici ancora non ben definiti, che non ne consentono una precisa stima epidemiologica.

Il Ministero della salute, sensibile alle condizioni di disagio e sofferenza in cui versano i soggetti affetti da tale patologia, già nel 2005 ha istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un gruppo di lavoro multidisciplinare, che ha prodotto uno specifico documento di sintesi, approvato in seguito all'esame della letteratura scientifica nazionale e internazionale, ove sono stati esaminati i criteri per la definizione del caso e sono stati definiti i primi percorsi diagnostico-terapeutici.

Successivamente, nel 2008, il Consiglio Superiore di Sanità ha ritenuto che l'indisponibilità di evidenze scientifiche non consentisse di qualificare la patologia in questione come entità nosologicamente individuabile; così come l'assenza di chiari riferimenti eziopatogenetici e di procedure di riconoscimento nosologico non rendeva possibile la definizione e, quindi, la validazione di percorsi diagnostici e/o terapeutici da introdurre all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per la gestione clinica dei soggetti affetti.

Nonostante le suddette, prime indicazioni scientifiche di segno avverso, il Ministero della salute, nella piena consape-

volezza della serietà della problematica, ha voluto istituire un nuovo Tavolo, costituito anche da professionisti segnalati dalle stesse Associazioni di pazienti, per avviare una nuova fase di valutazione e di approfondimento della materia e per individuare strumenti per l'assistenza socio-sanitaria di tali pazienti. Anche in tale sede, tuttavia, è emerso che i risultati sperimentali raggiunti non erano – purtroppo – sufficienti a supportare decisioni di natura amministrativa né a intraprendere iniziative utili nel breve termine.

Di recente, a conferma della perdurante attenzione riposta dal Ministero della salute sul tema, l'Istituto Superiore di Sanità ha tuttavia avviato una nuova raccolta ed analisi della letteratura, per il periodo di riferimento relativo agli anni 2006 – 2016.

Ne è emerso che, allo stato attuale, lo studio di questa malattia presenta alcune criticità, tra le quali ricordo – a titolo esemplificativo – il rifiuto, da parte dei pazienti, di sottoporsi alle prestazioni sanitarie per il timore di possibili reazioni avverse, l'assenza di uniformi criteri diagnostici, nonché la presenza, in letteratura, di sintomi molteplici e non specifici.

Tali circostanze rendono, pertanto, gli studi sulla eziologia e sulla patogenesi molto difficili da attuare, costituendo, inoltre, una ulteriore difficoltà sul piano diagnostico.

In tale complesso contesto, caratterizzato da un controverso dibattito a livello scientifico, desidero, in ogni caso, dare piena assicurazione che il Servizio Sanitario Nazionale è in grado di fornire un'appropriata assistenza ai soggetti che mostrano sintomi di intolleranza all'espo-

sizione a sostanze chimiche attraverso il ricorso alle strutture di cure primarie e specialistiche esistenti, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti a tutti i cittadini, prevedendo la possibilità di assicurare anche un supporto psicologico, qualora il medico lo ritenga opportuno. In particolare, eventuali problemi collegati all'esposizione a sostanze chimiche possono essere efficacemente valutati e trattati da parte delle strutture specialistiche esistenti, unitamente a eventuali problemi di carattere allergico o immunologico, con l'eventuale ricorso, se necessario, a terapie che impieghino farmaci autorizzati secondo le indicazioni approvate

dall'Agenzia Italiana del Farmaco e le eventuali linee guida applicabili (in materia di specifiche patologie).

In conclusione, posso comunque assicurare che il Ministero della salute non cesserà di svolgere tutti i necessari approfondimenti in merito alla delicata problematica proposta: a riprova di ciò, comunico che, nel mese di luglio 2016, è stato chiesto nuovamente al Consiglio Superiore di Sanità di esprimersi sulla questione, eventualmente rettificando il precedente parere del 2008 con il quale si affermava l'impossibilità di definire tale patologia una «entità nosologicamente individuabile».

ALLEGATO 3

5-10875 Nesci: Iniziative per garantire la sicurezza dei pazienti del reparto di cardiocirurgia del Policlinico universitario di Catanzaro.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con l'interrogazione in argomento, l'onorevole Nesci ha chiesto di conoscere le ulteriori iniziative assunte dal Ministero della salute in merito alla complessa problematica – già affrontata nel corso della discussione di altro atto ispettivo – in merito al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi del reparto di cardiocirurgia del Policlinico universitario di Catanzaro.

La lunga esposizione della questione, già precedentemente svolta, mi esime dal riepilogare, in questa sede, l'intera vicenda, la quale, invero, è connotata anche da complessi risvolti giuridici di cui, come dicevo, si è già dato puntualmente conto.

Desidero, allora, concentrarmi esclusivamente sulle successive iniziative che, anche in ragione delle sollecitazioni pervenute a seguito della precedente seduta di sindacato ispettivo da parte dell'onorevole Nesci, il Ministero ha ritenuto di effettuare.

In considerazione, infatti, della delicatezza dell'argomento e degli importanti risvolti sulla salute e sulla sicurezza dei pazienti, il Ministero della salute, per il tramite dei propri uffici, ha comunque ritenuto opportuno svolgere ulteriori accertamenti ed approfondimenti sulla questione dai quali è risultato quanto segue.

In particolare, la questione ha formato oggetto di esame da parte dei Tavoli di verifica del Piano di Rientro, i quali, come noto, costituiscono gli organi collegiali centrali incaricati di verificare, in estrema sintesi, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed il raggiungimento degli obiettivi di rientro, oltre che la correttezza dei principali atti gestori posti in essere dalle gestioni commissariali.

Durante la riunione dei predetti Tavoli in data 19 aprile 2016 sono state, dunque, chieste informazioni relativamente agli esiti dell'attività di verifica condotta presso l'UO di Cardiocirurgia dell'AOU « Mater Domini » di Catanzaro, ai fini dell'accertamento dell'assenza di situazioni di rischio, a tutela della sicurezza e della salute dei pazienti.

In risposta, la struttura commissariale, con nota del 7 giugno 2016, ha evidenziato che gli esiti dell'attività di verifica si discostano da quelli precedentemente resi dalla Commissione Aziendale di Autorizzazione e di Accredimento di Crotone, e dai quali originano le principali perplessità che hanno formato oggetto di questo e del precedente atto ispettivo sul medesimo argomento.

In particolare è stato evidenziato, nella citata sede di verifica, che l'asserita mancanza di alcuni requisiti (quali la terapia intensiva dedicata, la seconda sala operatoria, il programma di controllo della legionella) è risultata infondata già in occasione del primo sopralluogo di verifica effettuato, in data 17 febbraio 2016, da parte della Commissione Aziendale di Autorizzazione e di Accredimento di Catanzaro.

In conclusione, l'iter procedurale inerente al controllo e alla verifica sulla permanenza dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali della struttura in parola si è concluso con l'emanazione della deliberazione dell'Asp di Catanzaro n. 559 del 2 agosto 2016, nella quale viene confermata l'esistenza dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi del reparto in esame e l'assenza di situazioni che possano comportare rischio per la salute dei pazienti e la sicurezza dei lavoratori.

ALLEGATO 4

5-11114 Paola Boldrini: Iniziative per l'inserimento della fibromialgia nell'elenco delle malattie croniche.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Desidero ringraziare gli on.li interroganti poiché, con l'atto ispettivo in esame, mi consentono di illustrare, proprio alla vigilia della giornata Mondiale della Fibromialgia, che ricorre il prossimo 12 maggio, gli ulteriori passi in avanti compiuti dal Ministero della salute nell'ambito di un percorso, senza dubbio articolato e complesso, finalizzato ad acquisire una sempre maggiore consapevolezza, anche e soprattutto scientifica, circa i profili di tale patologia.

Già da diversi anni la fibromialgia è oggetto di un numero crescente di richieste di assistenza sanitaria, di segnalazioni e di atti parlamentari, volti a domandare una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni e della classe medica, oltre che ad ottenere un eventuale inserimento tra le patologie soggette a specifica tutela.

Riguardo a questo ultimo punto, desidero precisare che la questione è da tempo all'attenzione del Ministero, che ha doverosamente coinvolto, nelle attività di propria competenza, Società scientifiche ed esperti, prendendo in esame tutte le informazioni disponibili.

In occasione di precedenti atti di sindacato ispettivo svolti in questa sede, era stata data notizia che il Consiglio Superiore di Sanità-Sezione I, in esito alla seduta del 14 settembre 2015, aveva espresso il parere che la fibromialgia è una malattia « cronica, invalidante solo in alcuni casi, non necessariamente permanente », ed aveva contestualmente segnalato la necessità di attendere la definizione dei relativi *cut-off* attraverso studi idonei.

Ebbene, voglio informare che, successivamente all'adozione del citato parere, il Consiglio, avvalendosi della propria funzione propositiva, prevista dall'articolo 4,

comma 1, del decreto legislativo n. 266 del 1993, ha dato seguito alla proposta di definizione dei *cut-off*, dando mandato alla propria Sezione I, nella seduta del 19 luglio 2016, di istituire il Gruppo di lavoro denominato « Progetto Fibromialgia », con il fine specifico di proporre uno studio della definizione dei citati *cut-off*.

Tale Gruppo di lavoro, composto dagli esperti di un precedente Gruppo di lavoro sulla « Fibromialgia » della stessa Sezione I, opportunamente integrati con gli esperti delle Associazioni dei pazienti e delle Società scientifiche maggiormente rappresentative in tale ambito, ha svolto i propri lavori dal settembre 2016 al marzo 2017.

Nella seduta del 14 marzo 2017, la Sezione I ha dunque approvato la « Proposta progettuale per la definizione dei *cut-off* della Fibromialgia », con l'allegato « Case Report Form — Studio Fibromialgia » elaborato dal Gruppo di lavoro « Progetto Fibromialgia ».

Tale proposta progettuale prevede l'adozione di un'indagine clinico-epidemiologica per chiarire quanti dei pazienti diagnosticati nella pratica clinica come fibromialgici soddisfino i criteri classificativi ACR, quanti i criteri diagnostici e quanti abbiano *cut-off* di patologia tali da poter essere considerati malati cronici severi e dunque meritevoli di eventuali esenzioni per disabilità.

In conclusione, devo informare che il citato progetto di ricerca, in considerazione della particolare valenza tecnico-scientifica del progetto in questione, è, attualmente, all'attenzione dei competenti uffici tecnici del Ministero della salute ai fini dell'inserimento dello stesso nel prossimo bando di ricerca finalizzata.