

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### RISOLUZIONI:

7-00096 Nesci e 7-00110 Ubaldo Pagano: Modifiche ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale (*Discussione congiunta e rinvio*) ..... 125

#### SEDE REFERENTE:

Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. C. 1354, approvato dal Senato (*Esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge n. 84 Zolezzi e n. 811 Cecconi*) ..... 128

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 132

#### RISOLUZIONI

*Mercoledì 28 novembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

#### **La seduta comincia alle 14.35.**

**7-00096 Nesci e 7-00110 Ubaldo Pagano: Modifiche ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale.**  
(*Discussione congiunta e rinvio*).

La Commissione inizia la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo.

Dalila NESCI (M5S) premette che la risoluzione di cui è prima firmataria è frutto di un approfondimento da lei svolto in questi anni, già a partire dalla precedente legislatura, prendendo spunto in primo luogo dalla situazione della sua regione, la Calabria. Precisa di non considerare esaustivo il testo da lei predisposto, auspicandone un'integrazione sulla base di proposte dei colleghi. Ringrazia

pertanto il collega Pagano e gli altri firmatari per la risoluzione da loro presentata sullo stesso tema.

Entrando nel merito della sua risoluzione, osserva che non può essere taciuta l'attuale sperequazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello territoriale, imputandone la causa anche alla incoerenza delle riforme costituzionali adottate in Italia nell'ultimo ventennio, con un federalismo che mal si concilia con i vincoli finanziari di matrice europea, nonché al progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale. Osserva in proposito che hanno trovato piena attuazione le misure di contenimento della spesa, con gravi conseguenze, a partire dalla drastica riduzione dei posti letto ospedalieri, mentre non sono state adottate misure compensative, quale ad esempio il potenziamento dell'assistenza territoriale. L'obiettivo politico della risoluzione è, quindi, quello di mettere in discussione l'attuale modello di assistenza sanitaria, tenendo conto delle nuove sfide, inclusa quella ambientale. Auspica che su

tale processo di cambiamento si possa individuare una convergenza tramite la mediazione politica tra le diverse esigenze.

Si sofferma, poi, sull'esigenza di acquisire dati aggiornati sull'incidenza delle forme tumorali, richiamando altresì le cifre impressionanti, fornite da fonti autorevoli, sulla percentuale di persone che si trovano costrette a rinunciare alle cure.

Segnala, inoltre, che al Sud molti anziani si trovano in situazioni di difficoltà non trovando un'assistenza adeguata sul territorio, anche a causa dell'emigrazione delle giovani generazioni.

Rilevando come la redistribuzione di risorse tra le diverse regioni non possa risolvere tutte le criticità, sottolinea tuttavia che la risoluzione a sua prima firma indica in maniera precisa le variabili che possono determinare un ricalcolo del meccanismo distributivo. Ovviamente ciò deve essere accompagnato da un efficace monitoraggio, come previsto anche dalla risoluzione a prima firma del collega Pagano.

Ribadisce, quindi, l'esigenza di associare alla modifica dei criteri di riparto una revisione della *governance* in ambito sanitario, spezzando il rapporto « malato » con la politica, eliminando le sacche di inefficienza e, soprattutto, contrastando le infiltrazioni della criminalità organizzata. Ricorda di avere presentato, in relazione a quest'ultimo tema, numerosi atti parlamentari nonché esposti alla Procura della Repubblica. Reputa necessaria anche una riforma della normativa sui commissariamenti, strumento che ha prodotto effetti punitivi sulla popolazione coinvolta.

Alla luce delle considerazioni svolte, auspica la collaborazione fattiva e leale delle altre forze politiche alla volontà di cambiamento espressa dal gruppo Movimento 5 Stelle con la risoluzione in oggetto.

Ubaldo PAGANO (PD) ringrazia la collega Nesci per avere contribuito a porre all'attenzione della Commissione un tema rilevante, oggetto anche di alcune proposte emendative riferite al disegno di legge di bilancio all'esame del Parlamento.

Sottolinea come, alla base della risoluzione a sua prima firma, non vi sia la richiesta delle regioni meridionali di « elemosinare » risorse aggiuntive bensì l'esigenza di sanare notevoli disequilibri territoriali che impediscono l'erogazione di servizi sanitari di livello adeguato.

Ricorda, inoltre, che la mobilità sanitaria crea ulteriori discriminazioni in quanto non tutti i soggetti bisognosi di cure sono in grado di affrontare le spese connesse allo spostamento in altre regioni. L'insostenibilità dell'attuale situazione è confermata da dati precisi forniti da numerose fonti autorevoli. A titolo esemplificativo, richiama quelli sulla rinuncia alle cure, con differenze sostanziali tra Nord e Sud, e i dati della mobilità sanitaria, rispetto ai quali si registrano quattro regioni del Centro-Sud al vertice della classifica delle « partenze » e tre regioni del Nord come principali destinazioni per le erogazioni delle prestazioni sanitarie.

Segnala che la sperequazione non è solo qualitativa ma anche quantitativa, ricordando, a titolo di esempio, che il personale sanitario dell'Emilia Romagna registra quindicimila addetti in più di una regione con popolazione analoga come la Puglia. Ricorda che le criticità attuali sono state evidenziate anche da numerose realtà rappresentative, a partire dai sindacati e dall'Ordine dei medici.

Osserva, quindi, che dopo quarant'anni il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di un riequilibrio e, pertanto, la risoluzione da lui presentata propone di inserire la deprivazione economica quale nuovo criterio di riparto del Fondo sanitario nazionale. Precisa che tale proposta non è alternativa ma piuttosto integrativa rispetto al contenuto dell'altra risoluzione in esame.

Ribadisce la centralità di un monitoraggio efficace delle decisioni di spesa adottate dal *management*, anche al fine di evitare che le eventuali risorse aggiuntive siano utilizzate a fini impropri.

In conclusione, auspica che sia evitata una contrapposizione tra forze politiche, corrispondente ad un conflitto tra le diverse regioni, e che si possa favorire

l'esportazione di buone pratiche al fine di garantire a tutti i cittadini un Servizio sanitario efficiente.

Massimo Enrico BARONI (M5S) rileva preliminarmente la complessità del tema oggetto delle due risoluzioni, come evidenziato anche dal professor Ivan Cavicchi in un suo recente articolo pubblicato su *Quotidianosanità*.

Nel ricordare che con le politiche adottate con il Governo Monti si è passati da un riparto *pro capite* ad uno ponderato, segnala che ogni modifica di tale criterio si ripercuoterebbe sulle risorse a disposizione delle singole regioni. Occorre, pertanto, individuare il tipo di paradigma da adottare. In proposito osserva che l'indice di deprivazione presenta aspetti problematici in quanto in qualche modo pone in una situazione di svantaggio chi ha fino ad ora ha adottato politiche efficienti nell'utilizzo delle risorse in ambito sanitario.

Invitando a svolgere un approfondimento su tali temi, segnala l'opportunità di valutare l'indice « di occorrenza », relativo ai problemi sanitari che si verificano nelle singole regioni.

Francesco SAPIA (M5S) evidenzia in primo luogo l'importanza dell'impegno contenuto nella risoluzione a prima firma Nesci, da lui sottoscritta, relativo alla revisione dei criteri di ripartizione considerando il bisogno di salute sul territorio. Partendo da considerazioni basate sull'esperienza della sua regione, la Calabria, precisa di non voler creare una contrapposizione tra le due forze politiche che si sono assunte la responsabilità di governare il Paese al fine di cambiarlo.

Ricorda, quindi, le vicende concernenti la politica sanitaria nella sua regione, dal 2009 in piano di rientro, evidenziando che l'elevatissimo debito contestato dallo Stato in quell'anno è stato coperto con somme sottratte allo sviluppo infrastrutturale della regione stessa, con una grave ipoteca sulle generazioni a venire. Di fatto, con i nuovi criteri adottati lo Stato ha trasferito alla Calabria 110 milioni di euro annui in meno rispetto al fabbisogno sanitario re-

ale, in quanto non si è tenuto conto dei dati di mobilità rispetto ad alcune gravi patologie quali ipertensione, cardiopatie e diabete.

Nel segnalare che il piano di rientro nella regione Calabria ha comportato chiusura di ospedali, blocco di assunzioni e altre gravi conseguenze, rileva che vittime di tutto ciò sono stati i cittadini calabresi, costretti in molti casi all'emigrazione sanitaria. Sottolinea che la progressiva riduzione del Fondo sanitario appare figlia del sistema dell'euro, che ha comportato rigidi vincoli di bilancio, cospicui versamenti al bilancio comunitario nonché l'introduzione dell'obbligo del pareggio di bilancio in Costituzione, secondo alcuni illegittimo, con gravi conseguenze sulla tenuta sociale del Paese.

Occorre, quindi, un riequilibrio nell'assegnazione delle risorse per assicurare un'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, come previsto dall'articolo 32 della Costituzione. Ricorda, inoltre, che una recente sentenza della Corte costituzionale, la n. 275 del 2016, ha sancito che la tutela dei diritti è preminente rispetto al pareggio di bilancio. In conclusione, auspica che vi possa essere un ampio confronto in Commissione al fine di rimuovere le disuguaglianze che caratterizzano il finanziamento della sanità a livello regionale.

Andrea CECCONI (Misto-MAIE) osserva che è difficile non trasformare il tema oggetto delle risoluzioni in discussione in uno scontro tra regioni del Nord e quelle del Sud, oltre che tra le diverse categorie, a causa dell'oggettiva insufficienza delle risorse stanziare in ambito sanitario. Rilevando che la semplice ripartizione *pro capite* può considerarsi quella « più pulita » e riconoscendo una sua validità a un'impostazione basata sulla maggiore ponderazione della popolazione anziana, osserva che il contenuto delle risoluzioni in esame appare in contrasto con la tendenza diffusa ad adottare il criterio dei costi *standard*.

Segnala che in un prossimo futuro la questione potrà essere resa ancora più articolata, a seguito della probabile con-

cessione di forme aggiuntive di autonomia ad alcune regioni del Nord. In ragione della complessità del tema, sottolinea la necessità di svolgere un ciclo di audizioni, ascoltando soggetti quali Agenas e il Ministro dell'economia e delle finanze.

In conclusione, evidenzia come l'entità delle risorse non costituisca l'unico requisito per garantire l'efficienza di un sistema sanitario, risultando essenziale la gestione delle stesse.

Alessandra LOCATELLI (Lega) ringrazia i presentatori delle risoluzioni per aver consentito alla Commissione di affrontare un tema di indubbio interesse, essendo evidente la doppia velocità che caratterizza le diverse aree del Paese, non solo in ambito sanitario. Si associa alle considerazioni del collega Cecconi sulla opportunità di non circoscrivere il problema al solo riparto delle risorse, richiamando anche la rilevanza di fattori culturali. Segnala, quindi, l'importanza di compiere un'analisi sui bisogni reali prima di provocare un conflitto tra le richieste delle diverse regioni. Ricorda, inoltre, che vi sono differenze anche nella modalità di gestione di alcune patologie, con un maggiore o minore coinvolgimento della rete familiare.

Nel segnalare che la diversità di accesso alle cure non caratterizza esclusivamente le regioni meridionali, invita ad un approfondimento sull'efficienza dei sistemi sanitari e sulle reali esigenze della popolazione, anche attraverso un ciclo di audizioni che aiuti a definire le proposte che la Commissione vorrà avanzare. A suo avviso, appare opportuno acquisire dati precisi e dettagliati, sentendo in primo luogo le regioni.

In conclusione, rileva che una diversa ripartizione delle risorse non appare in questo momento una priorità rispetto all'esigenza di assicurare alle persone in condizioni di fragilità la necessaria assistenza.

Claudio PEDRAZZINI (FI) osserva che un tema di indubbia rilevanza, quale il modello sanitario da adottare nel Paese,

avrebbe probabilmente bisogno di essere discusso in un contesto più ampio di quello rappresentato dall'esame di una risoluzione in Commissione.

Nel ricordare che dal 2001 la materia sanitaria è oggetto di potestà concorrente tra lo Stato e le regioni, osserva che queste ultime hanno adottato in proposito modelli assai diversi, per tacere di quanto accade nelle regioni a Statuto speciale. Segnala che occorre tenere conto di quanto viene attuato sui territori e che la quota capitaria del riparto costituisce comunque un fattore rilevante.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta, ricordando che la richiesta di svolgere alcune audizioni sulle risoluzioni in oggetto sarà valutata in sede di Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi.

**La seduta termina alle 15.35.**

#### SEDE REFERENTE

*Mercoledì 28 novembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

**La seduta comincia alle 15.35.**

**Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.**

**C. 1354, approvato dal Senato.**

*(Esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge n. 84 Zolezzi e n. 811 Cecconi).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che sono state assegnate alla Commissione, rispettivamente in data 26 giu-

gno e 25 settembre 2018, le proposte di legge A.C. 84, d’iniziativa del deputato Zolezzi ed altri: « Introduzione del referto epidemiologico nel controllo sanitario della popolazione » e A.C. 811, d’iniziativa del deputato Cecconi: « Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione ».

Poiché le suddette proposte di legge vertono su materia identica a quella del progetto di legge in esame, la presidenza ne dispone l’abbinamento ai sensi dell’articolo 77, comma 1, del regolamento.

Avverte, altresì, che sono state presentate diverse altre proposte di legge sulla stessa materia, che saranno abbinare una volta assegnate alla XII Commissione.

Dà, quindi, la parola al relatore, deputato Baroni, per l’illustrazione della relazione che ha predisposto.

Massimo Enrico BARONI, *relatore*, fa presente che la proposta di legge di cui la Commissione avvia oggi l’esame, approvata dal Senato il 7 novembre scorso, istituisce e disciplina la Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza, nonché il referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.

Rileva che il testo in oggetto, al di là di alcune puntuali modifiche, corrisponde, nell’impostazione e nel contenuto, a un provvedimento approvato nella passata legislatura dalla Camera (Atto Camera 913 e abbinate), esaminato in sede referente presso la XII Commissione, che ha svolto un lavoro approfondito su questa materia, confluito in un testo unificato di varie proposte di legge presentate da diversi gruppi parlamentari. Il provvedimento, dopo l’approvazione da parte dell’Assemblea il 29 giugno 2017, è stato trasmesso al Senato, che però non ne ha concluso l’iter, anche a causa della fine della legislatura nel frattempo intervenuta.

Sempre nella XVII legislatura, mentre era in corso l’esame del predetto provvedimento presso la XII Commissione, è stato adottato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017 – in

attuazione dell’articolo 12, comma 11, del decreto-legge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012 – volto a definire le modalità di identificazione dei sistemi di sorveglianza e di registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Il decreto individua trentuno sistemi di sorveglianza, in buona parte istituiti presso l’Istituto superiore di sanità (ISS) mentre alcuni fanno capo al Ministero della salute, e quindici registri di patologia di rilevanza nazionale, al fine di realizzare una raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici, trattati nel rispetto della riservatezza. Il decreto stabilisce rigorosamente il tipo di dati che si possono raccogliere, chi può averne accesso e le misure per garantirne la sicurezza. Dell’emanazione di tale atto governativo la XII Commissione ha tenuto conto nel prosieguo dell’esame del provvedimento.

Passando a illustrare il contenuto della proposta di legge trasmessa dal Senato, evidenzia le principali modifiche intervenute rispetto al testo approvato dalla Camera.

L’articolo 1, al comma 1, istituisce la Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza, già identificati, per ciascuna regione e provincia autonoma, ai sensi del suddetto decreto del Presidente del consiglio dei ministri 3 marzo 2017, per le finalità di: *a)* coordinamento, standardizzazione e supervisione dei dati, alimentati direttamente dai flussi dei registri delle regioni e delle province autonome, nonché validazione degli studi epidemiologici derivanti dall’istituzione del referto epidemiologico; *b)* prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell’assistenza sanitaria; *c)* messa in atto di misure di controllo epidemiologico delle malattie oncologiche ed infettive tumore-correlate; *d)* studio dell’incidenza e della prevalenza delle malattie oncologiche e infettive tumore-correlate, per poterne monitorare la diffusione e l’andamento; *e)* sorveglianza epidemiologica per ridurre il rischio di introduzione o reintroduzione di malattie infet-

tive, anche eliminate o sotto controllo; *f*) prevenzione primaria e secondaria; *g*) studio di morbosità e mortalità per malattie oncologiche e infettive tumore-correlate; *h*) semplificazione delle procedure di scambio dati, facilitazione della trasmissione degli stessi e loro tutela; *i*) studio e monitoraggio dei fattori di rischio e dei fattori di protezione delle malattie sorvegliate; *l*) promozione della ricerca scientifica in ambito oncologico, anche nel campo dei tumori rari; *m*) monitoraggio dei fattori di rischio di origine professionale, anche attraverso forme di connessione e di scambio dati con i sistemi informativi esistenti, con particolare riferimento al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 81 del 2008.

Segnala che, rispetto al testo approvato dalla Camera nella passata legislatura, è stata aggiunta la finalità di cui alla predetta lettera *a*) ed è stato inserito il riferimento alle malattie infettive « tumore-correlate ».

Al comma 2 dell'articolo 1 è stata mantenuta la previsione, già contenuta nel testo approvato dalla Camera, per cui sono rimesse ad un regolamento – da adottarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni – l'individuazione e la disciplina dei dati che possono essere inseriti nella Rete, le modalità del loro trattamento, i soggetti che possono avere accesso alla Rete e i dati ai quali si può accedere, le misure per la custodia e la sicurezza dei dati, le modalità per garantire agli interessati l'esercizio dei diritti di accesso e degli altri diritti stabiliti dalla normativa europea sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio). Il regolamento prevede altresì a una semplificazione e a un riordino razionale degli obblighi informativi, evitando duplicazioni e sovrapposizioni di banche dati sanitarie.

Ai sensi del successivo comma 3 dell'articolo 1, ai fini dell'inserimento tempestivo e sistematico dei dati nella Rete, le regioni e le province autonome assicurano l'invio dei flussi dei dati prescritti nei tempi e nei modi stabiliti dal regolamento esecutivo sopracitato, con validazione dei dati di competenza entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo. Tali adempimenti sono obbligatori e costituiscono oggetto di verifica ai sensi del successivo articolo 5.

Il Ministero della salute è il titolare del trattamento dei dati contenuti nella Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza (articolo 1, comma 4).

Il comma 5 dell'articolo 1, poi, prevede una serie di principi ai quali devono conformarsi le attività ed i compiti della Rete nazionale (tra i quali: validazione scientifica dei dati secondo determinati standard qualitativi e modalità di trattamento dei dati medesimi; informazione continua e completa alla popolazione; monitoraggio dell'efficacia dei programmi di *screening* oncologici tradizionali e sperimentali; valutazione dell'incidenza di fattori di carattere professionale sulla diffusione di patologie oncologiche). Un ulteriore criterio, non presente nel testo approvato dalla Camera nella XVII legislatura, riguarda il monitoraggio dei trattamenti con farmaci dichiarati come innovativi, al fine di fornire nuove evidenze scientifiche sul loro grado di efficacia.

Infine, il comma 6 dell'articolo 1 prevede che per le finalità di cui al provvedimento in esame il Ministro della salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, possa stipulare accordi di collaborazione a titolo gratuito con Università e Centri di ricerca pubblici e privati e con enti e associazioni scientifiche purché tali soggetti siano dotati di codici etici e di condotta che prevedano la risoluzione di ogni conflitto di interesse e improntino la loro attività alla massima trasparenza.

Fa presente che, per le medesime finalità, l'articolo 2 consente altresì la sti-

pula, da parte del Ministro della salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, di accordi di collaborazione con enti e associazioni iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore più rappresentativi e attivi nella tutela della salute umana e della prevenzione oncologica e con associazioni attive nel campo dell'assistenza sociosanitaria purché ricorrano le suddette condizioni di trasparenza. Rispetto al testo approvato dalla Camera nella XVII legislatura, il provvedimento approvato dal Senato prevede che tali soggetti devono dotarsi di un comitato scientifico composto da esperti in epidemiologia dei tumori e in oncologia. Agli stessi soggetti, inoltre, è riconosciuta la possibilità di presentare proposte volte allo sviluppo e alla valorizzazione della Rete nazionale dei registri dei tumori, il cui mancato accoglimento da parte del Ministro della salute deve essere motivato.

L'articolo 3, modificando l'articolo 12 del citato decreto-legge n. 179 del 2012, dispone che l'aggiornamento periodico degli elenchi dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie e di impianti protesici avvenga con decreto del Ministro della salute — invece che, come attualmente previsto, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute — previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali.

L'articolo 4 introduce e disciplina il referto epidemiologico, finalizzato al controllo sanitario della popolazione, con particolare attenzione alle aree più critiche del territorio nazionale. Il referto epidemiologico viene definito come il dato aggregato corrispondente alla valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità, che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale, attraverso la valutazione dell'incidenza delle malattie, del numero e delle

cause dei decessi, come rilevabili dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle cartelle cliniche, al fine di individuare la diffusione e l'andamento di specifiche patologie e identificare eventuali criticità di origine ambientale, professionale o socio-sanitaria. L'istituzione del referto epidemiologico è demandata a un decreto del Ministro della salute, da emanare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali e previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Precisa che l'articolo 5, come già accennato, prevede che l'obbligo di raccolta e di conferimento dei dati, che devono essere assicurati dalle Regioni e dalle province autonome, con particolare riferimento a quelli dei registri di patologia di rilevanza nazionale e regionale, rappresenti un adempimento ai fini della verifica della erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni. Si tratta di una disposizione che era già presente nel testo approvato dalla Camera nella precedente legislatura e che il Senato ha meglio definito, facendo espressamente riferimento all'obbligatorietà per le regioni e le province autonome.

L'articolo 6 prevede che entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge e, successivamente, entro il 30 settembre di ogni anno, il Ministro della salute trasmetta alle Camere una relazione sull'attuazione della legge con specifico riferimento alle risultanze delle finalità per cui è stata istituita la rete nazionale nonché sull'attuazione dell'istituzione del referto epidemiologico. L'articolo 7 contiene la clausola di invarianza degli oneri finanziari.

Fa presente, infine, che una disposizione non presente nel testo approvato dalla Camera nella precedente legislatura è quella recata dall'articolo 8, che detta alcune norme transitorie. In particolare, viene stabilito che, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge, le regioni

e le province autonome provvedano all'aggiornamento delle normative vigenti in tema di sorveglianza sanitaria della malattia oncologica in relazione alle disposizioni introdotte dalla proposta di legge in oggetto e adottino le necessarie iniziative affinché la sorveglianza epidemiologica oncologica sia espletata, mediante i registri tumori di popolazione già istituiti o di nuova istituzione, anche nelle aree territoriali di loro pertinenza non ancora coperte.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, in relazione all'imminente ripresa dei lavori

dell'Assemblea e all'esigenza di svolgere la riunione l'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, della Commissione, rinvia la discussione del provvedimento in titolo ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.55.**

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

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