

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### SEDE CONSULTIVA:

DL 119/2018: Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria. C. 1408 Governo, approvato dal Senato (Parere alla VI Commissione) (*Esame e rinvio*) ..... 119

#### INTERROGAZIONI:

5-00353 Frusone: Iniziative per garantire i livelli essenziali di assistenza nella provincia di Frosinone ..... 123

*ALLEGATO 1 (Testo della risposta)* ..... 126

5-00261 Gadda e 5-00735 Schirò: Interventi per contrastare la diffusione del virus Hiv e di altre infezioni sessualmente trasmissibili tra i giovani ..... 124

*ALLEGATO 2 (Testo della risposta)* ..... 128

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico.

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi (*Svolgimento e conclusione*) ..... 124

AVVERTENZA ..... 125

#### SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 5 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

#### La seduta comincia alle 12.

**DL 119/2018: Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria.**

**C. 1408 Governo, approvato dal Senato.**

(Parere alla VI Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Fabiola BOLOGNA (M5S), *relatrice*, fa presente che il provvedimento di cui la Commissione avvia l'esame ai fini dell'espressione del parere di competenza alla VI Commissione (Finanze), contiene diverse norme che afferiscono alle materie di competenza della XII Commissione, anche a seguito delle modifiche apportate al provvedimento in esame nel corso dell'*iter* presso l'altro ramo del Parlamento.

Segnala, innanzitutto, l'articolo 10-*bis* introdotto al Senato, il quale prevede che per il periodo d'imposta 2019 siano esonerati dall'obbligo di fatturazione elettronica i soggetti tenuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata. Il comma 3 dell'articolo 3

del decreto legislativo n. 175 del 2014 elenca i soggetti interessati dalla norma: le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari, le farmacie, pubbliche e private, i presidi di specialistica ambulatoriale, le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Essi sono tenuti ad inviare al Sistema tessera sanitaria i dati relativi alle prestazioni erogate dal 2015, con alcune esclusioni, ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi. Le specifiche tecniche e le modalità operative relative alla trasmissione telematica dei dati sono rese disponibili sul sito *internet* del Sistema tessera sanitaria.

Un'altra disposizione rilevante è quella recata dall'articolo 22-*quater*, introdotto al Senato, che interviene in materia di transazioni con le aziende farmaceutiche per il ripiano della spesa farmaceutica. Esso è finalizzato a semplificare la procedura per la definizione delle transazioni relative al ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, previste dall'articolo 1, comma 390, della legge di bilancio 2018 (legge n. 205 del 2017), con riferimento agli anni 2013, 2014 e 2015, non ancora concluse al 31 dicembre 2017, consentendo alla sola Agenzia italiana del farmaco (AIFA) la sottoscrizione delle medesime transazioni, che diventerebbero così efficaci a decorrere dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in oggetto. Ricorda che attualmente la normativa prevede anche le sottoscrizioni del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute.

La misura in esame consentirebbe, quindi, di erogare alle regioni in tempi più contenuti la quota attualmente ancora in sospeso a titolo di *payback* riferita al triennio 2013-2015, oltre ad avere effetti sulle risorse da erogare alle regioni a tale titolo riferite agli anni successivi.

Evidenzia, quindi, i commi da 1 a 3 dell'articolo 23-*quater*, introdotti al Senato, che dispongono la prosecuzione per il 2019 dell'assegno di natalità (cosiddetto Bonus bebè) per i figli nati o adottati tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2019. Il beneficio è erogato con le stesse modalità stabilite per i nati o adottati nel corso del 2018, con l'unica differenza di un incremento del 20 per cento dell'importo dell'assegno per le nascite e adozioni di figli successivi al primo, intervenute nel corso del 2019.

Ricorda che attualmente, e pertanto anche per la prosecuzione prevista per il 2019, la misura dell'assegno di natalità dipende dall'ISEE del minore per il quale si richiede l'assegno. Al riguardo, il comma 2 del predetto articolo – in conformità alla disciplina dell'assegno di natalità vigente per il 2018 – prevede il monitoraggio finanziario da parte dell'INPS, con invio di relazioni mensili ai Ministeri interessati, ed una eventuale procedura di rideterminazione della misura dell'assegno e dei relativi limiti massimi di ISEE per il caso in cui si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di spesa. Queste ultime sono pertanto previste al comma 3 come limite di spesa, quantificate in 204 milioni per il 2019 e 240 milioni per il 2020.

Il comma 4 del suddetto articolo 23-*quater* dispone, per il 2020, due finanziamenti di 5 milioni di euro ciascuno per gli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico della « Rete oncologica » del Ministero della salute, impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T (Terapia cellulare per i tumori), e di 5 milioni di euro per gli IRCCS della « Rete cardiovascolare » del Ministero della salute, impegnati nei programmi di prevenzione primaria cardiovascolare.

Il comma 5 del medesimo articolo dispone uno stanziamento, per il 2020, pari a 50 milioni di euro, per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, nell'ottica della riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione

delle prestazioni sanitarie. Richiama, al riguardo, l'articolo 39 del disegno di legge di bilancio per il 2019, allo stato in corso di esame alla Camera (A.C. 1334), che autorizza la spesa di 50 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2019-2021, per l'attivazione di interventi volti a ridurre, anche secondo le indicazioni del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012, i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva. Fa presente che tali risorse sono state incrementate a seguito dell'approvazione di un emendamento dei relatori nella seduta della Commissione Bilancio che ha avuto luogo nella giornata precedente.

Rileva, quindi, che l'articolo 25-*sexies*, introdotto al Senato, estende anche al 2018 l'accantonamento – per un totale pari a 32,5 milioni di risorse da vincolare a valere sul Fondo sanitario nazionale – già previsto per il 2017, a favore di strutture, anche private accreditate che svolgano particolari attività di ricerca, assistenza e cura nel campo dei trapianti, neoplasie e neuroriabilitazione.

Le risorse previste sono da destinare come segue: 9 milioni a soggetti di rilievo nazionale ed internazionale, per riconosciute specificità e innovatività nell'erogazione di prestazioni pediatriche, con specifica prevalenza di trapianti di tipo allogenico; 12,5 milioni a soggetti che erogano, come centri di riferimento nazionale per l'adroterapia, trattamenti con irradiazione di ioni carbonio per specifiche neoplasie maligne; 11 milioni a soggetti riconosciuti di rilievo nazionale per il settore delle neuroscienze, che erogano programmi di alta specialità neuro-riabilitativa, di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni e di attività di ricerca scientifica traslazionale per i deficit di carattere cognitivo e neurologico. Le strutture destinatarie devono essere individuate con decreto del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni.

Evidenzia, inoltre, l'articolo 25-*septies*, introdotto al Senato, che modifica la di-

sciplina in materia di commissariamenti delle regioni inadempienti e in situazione di piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, in particolare riaffermando il principio della incompatibilità del commissario *ad acta* con qualsiasi incarico istituzionale. La disposizione precisa, altresì, che tra i requisiti del commissario *ad acta* ai fini della sua nomina sono necessari – oltre al possesso di qualificate e comprovate professionalità – una specifica esperienza di gestione sanitaria (in luogo di una più generale «esperienza di gestione sanitaria») e l'aver ricoperto incarichi di amministrazione o direzione di strutture, pubbliche o private, aventi attinenza con quella sanitaria ovvero di particolare complessità, anche sotto il profilo della prevenzione della corruzione e della tutela della legalità. Il comma 3 del medesimo articolo specifica che le nuove disposizioni hanno efficacia anche con riferimento ai commissari *ad acta* già nominati, a qualunque titolo, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in esame. Per i casi in cui il commissario già nominato ricada nella suddetta incompatibilità, il Consiglio dei ministri provvede, alla nomina di un altro commissario. In ogni caso, il commissario precedente resta in carica fino al perfezionarsi della nuova nomina.

Osserva, poi, che l'articolo 24-*ter* interviene su alcune norme del Codice del terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117. La prima modifica riguarda il comma 3 dell'articolo 33 del Codice, che prevede che le organizzazioni di volontariato possono ricevere dai diretti beneficiari o da terzi, a titolo di corrispettivo per l'attività di interesse generale prestata, soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. Si prevede una deroga a tale limite relativamente al rimborso delle spese per le attività svolte come attività secondarie e strumentali.

La seconda modifica concerne l'articolo 77 del Codice ovvero la disciplina dei cosiddetti titoli di solidarietà emessi dagli istituti di credito autorizzati ad operare in

Italia e rivolti a favorire il finanziamento ed il sostegno delle attività di interesse generale svolte dagli enti del terzo settore non commerciali. Viene eliminato il riferimento ai soli enti del terzo settore non commerciali quali soggetti che possono usufruire del sostegno dei titoli di solidarietà e si estende, quindi, l'applicazione dell'istituto a tutti gli enti del terzo settore. Viene, quindi, inserito un nuovo periodo al comma 6 dell'articolo 77 del Codice, che dispone che le somme raccolte con l'emissione dei titoli e non impiegate a favore degli enti del terzo settore entro dodici mesi dal loro collocamento sono utilizzate per la sottoscrizione o per l'acquisto di titoli di Stato italiani aventi durata pari a quella originaria dei relativi titoli.

L'articolo 24-ter, inoltre, fornisce un nuovo criterio per la determinazione della natura commerciale o non commerciale degli enti del terzo settore – le attività di interesse generale si considerano di natura non commerciale qualora i ricavi non superino di oltre il 5 per cento i relativi costi per ciascun periodo d'imposta e per non oltre due periodi d'imposta consecutivi – e interviene sulla disciplina per le deduzioni previste per chi effettua erogazioni liberali a favore di enti del terzo settore.

Altre disposizioni relative agli enti del terzo settore sono contenute nell'articolo 18 del decreto-legge in oggetto, con riferimento alla possibilità, per tali enti, di effettuare lotterie al fine di finanziare progetti filantropici. In particolare, il comma 2-bis, inserito al Senato, stabilisce che gli enti del terzo settore possano effettuare lotterie finalizzate a sollecitare donazioni di importo non inferiore a euro 500. Il ricavato è destinato ad alimentare i fondi degli enti per la realizzazione di progetti sociali. Il successivo comma 2-ter, anch'esso introdotto al Senato, demanda ad un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la definizione delle modalità tecniche di realizzazione delle lotterie degli enti del terzo settore, con riferimento, in particolare, alle modalità di estrazione e di con-

trollo. La vincita è costituita unicamente dal diritto di scegliere un progetto sociale, tra quelli da realizzare, cui associare il nome del vincitore, con relativo riconoscimento pubblico.

Segnala, infine, che il decreto-legge in esame contiene, tra l'altro, disposizioni concernenti i prodotti succedanei del tabacco ma si tratta di norme aventi ad oggetto le imposte su tali prodotti e i debiti tributari e, pertanto, esulano dall'ambito di competenza della XII Commissione.

Elena CARNEVALI (PD) manifesta una forte perplessità in relazione al fatto che la normativa relativa al settore sanitario risulti suddivisa tra una serie di provvedimenti quali quello in esame, la legge di bilancio e l'annunciato decreto-legge in materia di semplificazione, rendendo così difficoltosa una visione organica degli interventi.

Passando al merito del provvedimento, giudica una scelta razionale quella di escludere dall'obbligo di fatturazione elettronica per il 2019 i soggetti tenuti all'invio dei dati al sistema della tessera sanitaria.

Nel rilevare che la disposizione recata dall'articolo 22-*quater*, consentendo alla sola Agenzia italiana del farmaco (Aifa) la sottoscrizione delle transazioni per il ripiano della spesa farmaceutica, può rappresentare un fattore di semplificazione nell'ottica di chiudere il contenzioso per il passato, segnala altresì che rimane aperta la problematica per gli anni a partire dal 2016.

Reputa, poi, quantomeno bizzarro il fatto che il decreto-legge fiscale rechi la prosecuzione per il 2019 del cosiddetto Bonus bebè per i figli nati o adottati tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2019, osservando che tale misura avrebbe dovuto essere inserita nella legge di bilancio.

Ancora più sconcertante appare, a suo avviso, il fatto che il provvedimento in discussione preveda il finanziamento di alcuni interventi nell'ambito della ricerca sanitaria per il 2020, mentre per l'annualità precedente lo stanziamento è individuato attraverso la legge di bilancio. In relazione al contenuto dell'articolo 25-

*sexies*, critica il fatto che per il finanziamento delle attività di ricerca sia utilizzato il Fondo sanitario nazionale, senza dotarlo di risorse aggiuntive.

Nel richiamare lo stato di agitazione del personale sanitario, evidenzia che l'assenza di specifici finanziamenti per il rinnovo contrattuale finisce per determinare una competizione per le risorse tra operatori e fruitori del Servizio sanitario nazionale.

Doriana SARLI (M5S) segnala l'opportunità di rendere un chiarimento circa le modalità di applicazione della norma che prevede l'esonero dall'obbligo di fatturazione elettronica con riferimento a quei veterinari che svolgono la propria attività professionale sia curando gli animali da compagnia, caso in cui è previsto l'invio dei dati al sistema della tessera sanitaria, sia per gli animali da reddito, dove invece tale invio non è previsto.

Andrea CECCONI (Misto-MAIE-SI) ribadisce che la parcellizzazione degli interventi normativi in ambito sanitario rende difficoltoso per i parlamentari avere un quadro generale degli interventi del Governo in questa materia.

Si interroga, quindi, sulla reale possibilità che la disposizione recata dall'articolo 22-*quater* sia sufficiente a sanare il contenzioso con le aziende del settore relativo al ripiano della spesa farmaceutica, invitando a non trascurare il fatto che il comparto farmaceutico rappresenta un elemento importante del sistema produttivo del Paese.

In relazione alle disposizioni contenute nel decreto-legge che riducono il prelievo fiscale sulle sigarette elettroniche, ritiene utile chiarire se tale riduzione è stata determinata da una diversa valutazione sulla loro pericolosità o rappresenti una scelta di mera politica fiscale. Osserva che tale chiarimento potrà essere utile a valutare future scelte del Governo in relazione alla pericolosità di determinati prodotti.

Luca RIZZO NERVO (PD) riconosce la valenza positiva di alcune disposizioni sul

Terzo settore, introdotte con il provvedimento in esame, ricordando il Partito democratico aveva proposto interventi di natura analoga in sede di esame del decreto correttivo del Codice del Terzo settore. In particolare, evidenzia la validità della modifica dell'articolo 33 del Codice, che rende più agevole le attività di autofinanziamento degli enti, nonché del nuovo criterio per la determinazione della natura non commerciale degli enti del Terzo settore. Esprime, invece, alcune riserve sulla formulazione delle disposizioni relative alle erogazioni liberali in denaro da parte di persone fisiche, ricordando che queste ultime rappresentano in Italia una categoria fondamentale di donatori, a differenza di quanto accade in altri Paesi europei.

In conclusione, manifesta una riserva rispetto a quello che appare una sorta di condono fiscale per i venditori di sigarette elettroniche, osservando che sarebbe stato preferibile destinare tali risorse all'incremento del Fondo sanitario nazionale.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 12.40.**

#### INTERROGAZIONI

*Mercoledì 5 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

**La seduta comincia alle 12.40.**

**5-00353 Frusone: Iniziative per garantire i livelli essenziali di assistenza nella provincia di Frosinone.**

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

Luca FRUSONE (M5S), replicando, si dichiara soddisfatto del ruolo di tramite con il commissario ad acta svolto dal Governo, essendo questo l'unico possibile modo di comunicare con la regione Lazio. Nel riconoscere la validità dell'impianto del decreto ministeriale n. 70 del 2015, sottolinea che esso non ha trovato piena applicazione nel caso di Anagni, in quanto non è stata fornita alcuna alternativa valida al punto di primo intervento di cui è stata disposta la chiusura. Segnala, infatti, l'assenza di un'ambulanza medicalizzata e ricorda che nella struttura di primo soccorso operano solo medici di medicina generale.

**5-00261 Gadda e 5-00735 Schirò: Interventi per contrastare la diffusione del virus Hiv e di altre infezioni sessualmente trasmissibili tra i giovani.**

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che le interrogazioni in titolo vertendo sullo stesso argomento saranno svolte congiuntamente.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI risponde congiuntamente alle interrogazioni in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Maria Chiara GADDA (PD), replicando, si dichiara soddisfatta per la risposta molto approfondita che evidenzia che il tema del contrasto alla diffusione del virus HIV debba continuare ad essere posto all'attenzione dell'attività parlamentare e di Governo. Nel condividere sull'opportunità di sensibilizzare i giovani rispetto a tale problematica, esprime apprezzamento per la scelta di adoperare a tal fine i nuovi strumenti di comunicazione che raggiungono una parte consistente della popolazione in questa fascia di età. Insiste sulla necessità di valorizzare l'attività di formazione, osservando che la scuola e le famiglie devono non far sentire soli i giovani nell'attività di prevenzione. Nel giudicare positivamente l'adozione di un nuovo Piano nazionale di interventi, sottolinea che le problematiche connesse ad una

diagnosi tardiva dell'HIV confermano l'esigenza di assicurare test facili, accessibili e riservati. Ritiene utile stimolare le regioni affinché le misure di prevenzione siano adattate in modo omogeneo tutto il territorio nazionale.

Angela SCHIRÒ (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, condividendo le osservazioni formulate dalla collega Gadda. Nel segnalare, anche sulla base della sua esperienza di insegnante, la disponibilità dei giovani a ricevere le informazioni necessarie per operare correttamente al fine di prevenire la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, invita a non abbassare la guardia, ragionando anche sull'utilizzo di specifiche applicazioni destinate al mondo giovanile. Segnala, inoltre, l'opportunità di diffondere buone pratiche, in analogia con l'iniziativa realizzata a Bologna.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 13.05.**

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 5 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

**La seduta comincia alle 13.05.**

**Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico.**

**Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della

seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Introduce, quindi, l'audizione.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono, ponendo quesiti e formulando osservazioni, i deputati Giorgio TRIZZINO (M5S), Roberto NOVELLI (FI), Paolo SIANI (PD), Celeste D'ARRANDO (M5S) e Vito DE FILIPPO (PD).

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI, risponde ai quesiti formulati e rende ulteriori precisazioni.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ringrazia il sottosegretario per il suo intervento e dichiara conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 13.50.**

---

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*

#### AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

#### SEDE CONSULTIVA

*Disposizioni per la promozione dell'attività fisica e dell'educazione motoria nella scuola primaria.*

*C. 523 Marin e abb.*

## ALLEGATO 1

**5-00353 Frusone: Iniziative per garantire i livelli essenziali di assistenza nella provincia di Frosinone.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto all'onorevole interrogante, con atto aziendale n. 354 del 2017, l'ASL di Frosinone ha previsto, per la struttura di Anagni, la configurazione quale Presidio Sanitario, e non come Punto di Primo Intervento (PPI).

Dico subito che tale configurazione è stata oggetto di specifici rilievi da parte dei Ministeri affiancanti, ai quali la Regione Lazio, nel ribadire la propria decisione, ha voluto precisare che l'ex Presidio di Anagni è una struttura territoriale ed, in quanto tale, non contempla nel suo interno attività legate all'emergenza, né attività di ricovero in regime di « day service » e « daysurgery ».

Presso la struttura di Anagni, infatti, è stata prevista un'attività di Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali-APA legata ai posti letto di ricovero diurni del Presidio di Alatri, mentre la presenza del Laboratorio per le emergenze è esclusivamente finalizzata ad attività del Presidio ambientale legato all'inquinamento della Valle del Sacco.

Bisogna rimarcare che i Punti di Primo Intervento (PPI), di cui al punto 9.5 del decreto ministeriale n. 70 del 2015, possono essere istituiti esclusivamente per il tempo ritenuto necessario alla riconversione delle strutture ospedaliere in strutture territoriali.

Il cosiddetto « punto di primo intervento territoriale », invece, è una postazione territoriale della rete dell'emergenza-urgenza, che rappresenta il punto di riferimento per la stabilizzazione del paziente in fase critica ed il successivo tra-

sferimento in sicurezza presso il Pronto Soccorso o il Dipartimento di Emergenza e Accettazione di riferimento.

La trasformazione dei PPI in postazione di emergenza territoriale non pregiudica in nessun modo l'attivazione di servizi territoriali, compresi quelli di specialistica ambulatoriale, che – anzi – si auspica possano essere potenziati nelle strutture oggetto di riconversione.

La riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza e ospedaliera prevista dal decreto ministeriale n. 70 del 2015, infatti, non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, che sia in grado di recepire e gestire una vasta gamma di domande di salute.

Segnalo peraltro che, come richiesto più volte dai Tavoli di verifica, la Regione Lazio, in occasione della più recente riunione dello scorso 22 novembre, ha dichiarato che sta procedendo, a seguito dell'istituzione di una apposita Commissione, alla verifica, di conformità di tutti gli atti aziendali alla programmazione *ex* decreto ministeriale n. 70 del 2015.

La stessa Regione ha dichiarato, altresì, che sta procedendo alla definizione della nuova programmazione della rete ospedaliera 2019-2021, che sarà emanata entro la fine del corrente anno.

Per completezza, si soggiunge che la Prefettura-Ufficio territoriale del Governo di Frosinone ha ricordato che il decreto ministeriale n. 70 del 2015 ha previsto che i Punti di Primo Intervento, con una casistica inferiore a 6.000 passaggi annui, devono essere affidati direttamente al 118

come postazione territoriale, implementando le attività erogate con le prestazioni rese dalla medicina di base.

Presso il Presidio sanitario di Anagni gli accessi per l'anno 2017 sono stati di poco inferiori a tale soglia (sono stati, infatti pari a 5.172, di cui 4 codici rossi) mentre nel primo semestre del 2018 i casi registrati sono stati 2.496.

Tanto premesso, nel confidare di aver dimostrato l'attenzione del Ministero della

salute sulla questione sollevata dall'onorevole interrogante, desidero dare piena assicurazione che si continuerà a vigilare sulle scelte che verranno operate dalla Regione, con particolare riferimento alla rimodulazione dell'assistenza territoriale, in modo che vengano garantiti gli *standard* fissati dal decreto ministeriale n. 70 del 2015 e, per questo tramite, il rispetto dei livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini della Provincia di Frosinone.

## ALLEGATO 2

**5-00261 Gadda e 5-00735 Schirò: Interventi per contrastare la diffusione del virus Hiv e di altre infezioni sessualmente trasmissibili tra i giovani.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli onorevoli interroganti poiché con il loro atto ispettivo mi consentono di illustrare le iniziative intraprese dal Ministero della salute su questo importantissimo tema, peraltro proprio a ridosso della giornata mondiale contro l'AIDS che – come noto – ricorreva il primo dicembre scorso.

Ritengo opportuno non dilungarmi, in questa sede, sui dati generali sul fenomeno, atteso che essi vengono riportati annualmente nella apposita Relazione al Parlamento, alla quale dunque rinvio, in modo da potermi concentrare sugli specifici quesiti posti dagli interroganti.

In merito alle iniziative per rafforzare le azioni di contrasto alla diffusione del virus HIV, con particolare riguardo alla fascia di età adolescenziale e femminile, si ricordano quelle derivanti dal Protocollo di Intesa sottoscritto il 2 aprile 2015 tra il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca ed il Ministero della salute.

In esecuzione di tale protocollo, ricordo innanzitutto che il Comitato paritetico « MIUR-SALUTE » ha elaborato le « Linee di indirizzo per l'educazione all'affettività, alla sessualità e alla salute riproduttiva nelle scuole ».

Inoltre, l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017, concernente il « Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) », ha stabilito che, sempre in attuazione del citato Protocollo di Intesa, « il Ministero della salute e il Ministero dell'istruzione promuovono nelle scuole e nelle Università iniziative di informazione, prevenzione ed educazione alla salute e alla sessualità in favore degli

studenti e dei docenti, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica e universitaria ».

Tra i documenti applicativi delle direttive del PNAIDS, spicca il « Documento per gli interventi di prevenzione e formazione sulla popolazione giovanile, con particolare riferimento alla popolazione scolastica ».

Esso pone in evidenza che gli interventi di prevenzione dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST), devono rivolgersi ai giovani attraverso percorsi educativi che li guidino ad assimilare la cultura della responsabilità nei confronti del benessere psicofisico.

L'inserimento delle tematiche di prevenzione e di educazione alla salute e alla sessualità nel « curriculum » formativo scolastico, costituisce dunque l'intervento cardine su cui si fonda la possibilità di successo nella riduzione della diffusione di HIV.

Dunque l'intervento cardine su cui si fonda la possibilità di successo nella riduzione della diffusione di HIV.

Il Documento in questione prevede la preparazione dei formatori, corsi pilota per educatori tra pari nelle scuole medie superiori e un progetto pilota di prevenzione HIV/AIDS per studenti universitari.

Proprio in base all'Intesa del 26 ottobre 2017, il Ministero della salute ha istituito quattro gruppi di lavoro, composti da esperti del Ministero, dell'ISS e delle Regioni, anche al fine di orientare in modo efficiente le risorse finanziarie disponibili per l'attuazione del PNAIDS.

In particolare, tali gruppi di lavoro hanno concordato di chiedere alle Regioni e Province autonome di istituire o ricostituire le Commissioni Regionali per la lotta all'AIDS, fornendo indicazioni sulla loro composizione.

Laddove tali Commissioni Regionali sono già state costituite, i gruppi ministeriali hanno richiesto la loro integrazione con gli esperti regionali che fanno già parte dei gruppi stessi, in modo che ogni Commissione regionale AIDS possa interfacciarsi costantemente con il Ministero della salute sui temi HIV ed IST.

In merito alle iniziative di comunicazione, oltre alla già citata Relazione al Parlamento, ricordo che il Ministero della salute pianifica ogni anno specifiche campagne di comunicazione che, nel biennio 2017- 2018, hanno riguardato – in particolare – la sensibilizzazione verso le principali misure di prevenzione e l'importanza di effettuare il test dell'HIV.

Gli « script » dei relativi messaggi – veicolate anche sui più moderni canali social – sono stati redatti sulla base delle informazioni medico-scientifiche proposte dall'ISS e dai contenuti proposti dalle principali Associazioni. Le informazioni sono molto semplici, pratiche e operative anche sull'uso dei dispositivi di protezione individuale.

Per lo specifico « target » *under 18*, il Ministero ha avviato, a titolo sperimentale, un'attività di sensibilizzazione/informazione sul « web » in merito all'esistenza e alle misure di prevenzione del virus HIV, utilizzando codici espressivi tipici del mondo dei giovanissimi.

È stata inoltre realizzata un'attività di « Social Media Networking », nel canale « YouTube », con il coinvolgimento di alcuni tra i maggiori « youtubers » italiani.

Si è ritenuto, dunque, che le attività di informazione fossero svolte avendo come riferimento, in particolare, la platea dei più giovani.

In effetti i dati dell'ISS dimostrano che la più elevata incidenza di infezione da HIV in Italia si osserva tra i giovani di età 25-29 anni, e sottolinea che quasi la metà di questi si presenta alla prima diagnosi di

HIV in fase avanzata di malattia (diagnosi tardive), suggerendo che, in molti casi, l'infezione sia stata contratta presumibilmente in età giovanile o addirittura adolescenziale.

Pertanto, i giovani che sono stati diagnosticati tardivamente, non sapendo di essere sieropositivi, non hanno potuto accedere tempestivamente alle cure appropriate, né hanno sentito l'esigenza di mettere in atto le regole del sesso sicuro, finalizzate a prevenire la trasmissione dell'HIV ai *partner*.

I giovani di età 15-24 anni rappresentano, infatti, quasi il 20 per cento di tutti i casi diagnosticati per queste patologie, con una frequenza maggiore tra le ragazze. Peraltro, diversamente da quanto accade per le fasce di età più anziane, solo tra i ragazzi di 15-24 anni la percentuale di IST diagnosticate tra le femmine è doppia rispetto a quella osservata tra i maschi.

Con riferimento alla opportunità, segnalata dagli interroganti, di permettere ai minori di accedere al test HIV, devo far presente che essa investe una questione con aspetti sia legali che etici, in quanto i minori di anni 18 sono sottoposti alla potestà genitoriale e, in assenza dei genitori, lo Stato prevede forme di tutela fino al raggiungimento della maggiore età.

La questione dell'accesso di questa popolazione al test HIV è peraltro particolarmente attuale, specie con riguardo alla categoria dei cosiddetti « grandi minori », vale a dire quei soggetti che, per prossimità alla maggiore età e per capacità di discernimento, sono da considerarsi dei « quasi adulti ».

Occorre evidenziare che il minore che si rivolge ad un centro diagnostico per effettuare il test, difficilmente può essere disposto a coinvolgere il genitore, o chi esercita analoga potestà, nella decisione di sottoporsi all'accertamento in questione, e questa circostanza mette l'operatore sanitario del centro diagnostico in una posizione difficile sotto il profilo legale.

Laddove, infatti, dal colloquio pre-test emerge l'esistenza di una effettiva situazione di rischio per la salute del minore e

quest'ultimo si rifiuti di informare il soggetto esercente la potestà, il sanitario deve contemperare, in assenza di una esplicita disposizione normativa sulla fattispecie, l'esigenza di tutela della salute del minore con il diritto/dovere dei genitori di assistere ed orientare il minore nell'assunzione di decisioni rilevanti.

Non mancano casi in cui, in presenza di un accertato rischio e di una indisponibilità/impossibilità di coinvolgimento dell'esercente la potestà, si è ovviato con il coinvolgimento del Giudice Tutelare, ricorrendo a norme che disciplinano situazioni simili.

La legge n. 194/1978 prevede, infatti, che in alcuni casi si possa essere autorizzati dal Giudice Tutelare all'interruzione di gravidanza anche prima dei 18 anni di età; la legge sul funzionamento dei consultori, inoltre, prevede che i minorenni possano accedere liberamente agli anti-concezionali, così come è previsto che possano richiedere personalmente (oltre che tramite i genitori) di sottoporsi al trattamento di disintossicazione da stupefacenti.

Dalla presenza di tali disposizioni si potrebbe ricavare un « principio generale di necessario ascolto del minore » che sia capace di discernimento in relazione alla materia trattata.

Dunque la volontà del minore assume una rilevanza specifica anche nell'ambito degli accertamenti clinici tesi a verificare la presenza di infezioni trasmissibili sessualmente.

È comunque auspicabile che la fattispecie in esame sia presa in considerazione, al fine di approntare delle modifiche normative che possano consentire un accesso legale e protetto al test per i soggetti minorenni che abbiano tenuto comportamenti a rischio, senza trascurare l'aspetto fondamentale della predisposizione di adeguati strumenti di supporto

psicologico e di accompagnamento del minore alla comunicazione dell'eventuale esito positivo del test ai soggetti esercenti la potestà genitoriale.

A tale riguardo, si sottolinea che il Gruppo di Lavoro coordinato dal Ministero della salute che ha elaborato il nuovo Piano Nazionale AIDS 2017-2019, ha espressamente evidenziato tale esigenza di intervento normativo nel Documento Finale che ha formato oggetto di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in seno alla Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017.

Inoltre, il PNAIDS contempla l'accesso al test HIV dei minori, senza obbligo di richiesta del consenso da parte dei genitori.

Infatti, occorre garantire al minore la possibilità di accedere al test in autonomia in un contesto protetto, ove egli possa avvalersi di operatori formati che verifichino la necessità dell'esecuzione del test e accompagnino il minore in tutto il percorso diagnostico, ed in caso di positività del test, fino alla comunicazione ai genitori o al tutore ed alla presa in carico specialistica per le cure.

Da ultimo, con particolare riferimento alle iniziative sviluppate a Bologna, si precisa che i risultati ottenuti dai « checkpoint » nelle infezioni a trasmissione sessuale sono molto incoraggianti.

I contesti non sanitari sono, infatti, luogo d'elezione per l'esecuzione dei test HIV e IST e l'offerta di test rapidi al di fuori degli ambienti sanitari può contribuire ad aumentare il numero delle diagnosi tempestive e a facilitare l'accesso ai trattamenti.

Per questi motivi nel Piano Nazionale di interventi contro HIV e AIDS sono già previsti Programmi di offerta di test rapidi HIV e IST.