

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

Variazione nella composizione della Commissione	338
5-10102 Businarolo: Iniziative per la prevenzione secondaria dei tumori, con particolare riferimento alla situazione del Veneto	339
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	345
5-11393 Mognato: Iniziative per assicurare il rispetto della normativa vigente in materia di vigilanza negli ambienti e nei luoghi di lavoro	339
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	347
5-12014 Amato: Adozione del decreto attuativo dell'articolo 5- <i>bis</i> del decreto-legge n. 243 del 2016, sull'ammodernamento dei servizi di radioterapia oncologica nelle regioni del Mezzogiorno e nelle isole	339
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	348

SEDE CONSULTIVA:

Modifiche all'articolo 5 della legge 1° dicembre 1970, n. 898, in materia di assegno spettante a seguito di scioglimento del matrimonio o dell'unione civile. Nuovo testo C. 4605 Ferranti (Parere alla II Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	340
Modifiche al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, concernente la responsabilità dei dirigenti in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro. Testo unificato C. 3830 Pellegrino e abb. (Parere alle Commissioni riunite VII e XI) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	341

RISOLUZIONI:

7-01360 Lenzi e 7-01417 Silvia Giordano: Tumori dovuti a varianti patogenetiche (<i>Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione di un testo unificato delle risoluzioni n. 8-00284</i>)	341
ALLEGATO 4 (Testo unificato delle risoluzioni approvato dalla Commissione (n. 8-00284))	350
7-01331 Loreface, 7-01408 Rondini e 7-01409 Miotto: Indennizzo nei confronti dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni o da vaccinazioni (<i>Seguito della discussione congiunta e conclusione. – Approvazione di un nuovo testo delle risoluzioni nn. 8-00285, 8-00287 e 8-00286</i>)	342
ALLEGATO 5 (Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione (n. 8-00285)) ...	353
ALLEGATO 6 (Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione (n. 8-00286)) ...	355
ALLEGATO 7 (Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione (n. 8-00287)) ...	357
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	344

INTERROGAZIONI

Mercoledì 20 dicembre 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 16.10.

Variazione nella composizione della Commissione.

Mario MARAZZITI, presidente, comunica che la deputata Eugenia Maria ROCELLA cessa di far parte della Commissione.

5-10102 Businarolo: Iniziative per la prevenzione secondaria dei tumori, con particolare riferimento alla situazione del Veneto.

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

Silvia Giordano (M5S), replicando in qualità di cofirmataria dell'interrogazione in oggetto, si dichiara insoddisfatta della risposta. Al riguardo, ricorda che in Veneto è stata realizzata una drastica riduzione della spesa per la diagnostica, in particolare per gli *screening* oncologici, con effetti negativi per la salute dei cittadini. Pertanto, a seguito di tale decisione, il medico di medicina generale non potrà più prescrivere il cosiddetto « esame polifasico » che permette di individuare la malattia con precisa immediatezza. In proposito, fa presente che nella lotta ai tumori esistono due strategie principali: la « prevenzione primaria », che si realizza attraverso uno stile di vita sano, e la « prevenzione secondaria », che consiste nel diagnosticare la malattia in maniera preventiva e immediata, prima quindi che si manifesti a livello clinico. Le motivazioni del taglio operato dalla regione Veneto fanno riferimento a una « ipertrofia nelle liste di attesa », che danneggerebbe le donne che necessitano realmente degli esami specifici richiesti. Una tale scelta, però, crea un evidente impedimento all'attuazione di un sistema di prevenzione, che rappresenta un elemento basilare nel contrasto alle patologie oncologiche e in molti altri casi.

5-11393 Mognato: Iniziative per assicurare il rispetto della normativa vigente in materia di vigilanza negli ambienti e nei luoghi di lavoro.

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

Michele MOGNATO (MDP), replicando, osserva che gli elementi forniti dalla regione Veneto presentano elementi di vaghezza in relazione alle figure professionali utilizzate. Stigmatizza, in particolare, il fatto che non sempre i soggetti che effettuano la vigilanza negli ambienti e nei luoghi di lavoro sono in possesso del necessario titolo professionale. Auspica, pertanto, un sollecito svolgimento dei controlli annunciati dal Governo nella risposta fornita.

5-12014 Amato: Adozione del decreto attuativo dell'articolo 5-bis del decreto-legge n. 243 del 2016, sull'ammodernamento dei servizi di radioterapia oncologica nelle regioni del Mezzogiorno e nelle isole.

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

Maria AMATO (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, esprimendo l'auspicio che le risorse stanziare non siano disperse in un numero eccessivo di interventi, al fine di assicurare il raggiungimento dell'obiettivo, connesso all'esigenza di garantire l'ammodernamento dei servizi di radioterapia oncologica.

Mario MARAZZITI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 16.25.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 20 dicembre 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 16.25.

Modifiche all'articolo 5 della legge 1° dicembre 1970, n. 898, in materia di assegno spettante a seguito di scioglimento del matrimonio o dell'unione civile.

Nuovo testo C. 4605 Ferranti.

(Parere alla II Commissione).

(Esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Mario MARAZZITI, *presidente*, in sostituzione della relatrice, deputata Giuditta Pini, impossibilitata a intervenire nella seduta odierna, ricorda che la XII Commissione è chiamata ad esprimere il proprio parere alla II Commissione (Giustizia) sul nuovo testo della proposta di legge n. 4605, recante modifiche all'articolo 5 della legge 1° dicembre 1970, n. 898, in materia di assegno spettante a seguito di scioglimento del matrimonio o dell'unione civile.

Il provvedimento, che consta di due articoli, è volto ad adeguare la disciplina sull'assegno di divorzio a quelle della maggior parte dei Paesi europei, consentendo di evitare, da un lato, che lo scioglimento del matrimonio sia causa di indebito arricchimento e, dall'altro, che sia causa di degrado esistenziale del coniuge economicamente più debole. L'intervento normativo si rende necessario alla luce dei contrastanti orientamenti giurisprudenziali in materia di determinazione dell'ammontare dell'assegno, in relazione ai quali, accanto alla tradizionale considerazione dell'assegno quale mezzo di conservazione del tenore di vita mantenuto in costanza di vincolo, si è ultimamente evidenziata la considerazione dell'assegno esclusivamente quale sostegno all'ex coniuge privo di mezzi.

Passando al contenuto del provvedimento, segnala che l'articolo 1, sostituendo il comma 6 dell'articolo 5 della legge n. 898 del 1970, modifica la disciplina vigente in materia di riconoscimento del diritto all'assegno divorzile e di modalità di determinazione, applicabile anche ai casi di scioglimento delle unioni civili. Ricorda che, sulla base della disposizione

vigente, contestualmente alla sentenza che pronuncia lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio, il tribunale, tenuto conto delle condizioni dei coniugi, delle ragioni della decisione, del contributo personale ed economico dato da ciascuno alla conduzione familiare e alla formazione del patrimonio di ciascuno o di quello comune, del reddito di entrambi, e valutati tutti i suddetti elementi anche in rapporto alla durata del matrimonio, dispone l'obbligo per un coniuge di somministrare periodicamente a favore dell'altro un assegno quando quest'ultimo non ha mezzi adeguati o comunque non può procurarseli per ragioni oggettive.

Fa presente che il nuovo testo del provvedimento in esame prevede la possibilità per il tribunale di riconoscere il diritto all'assegno divorzile, destinato a equilibrare, per quanto possibile, la disparità che il divorzio crea nelle condizioni di vita rispettive dei coniugi. Quanto ai criteri di determinazione dell'ammontare dell'assegno, si introduce un nuovo comma che elenca i parametri che il tribunale deve tenere presente ai fini dell'attribuzione dell'assegno. Tra di essi, per quanto di interesse della Commissione Affari sociali, segnala, in particolare, il fatto che si dovrà tenere conto anche dell'impegno di cura di figli comuni minori, disabili o comunque non economicamente indipendenti.

Si prevede anche la possibilità per il tribunale di predeterminare la durata dell'assegno nei casi in cui la ridotta capacità reddituale del richiedente sia dovuta a ragioni contingenti o comunque superabili. Si stabilisce, inoltre, che l'assegno non è dovuto nel caso di nuove nozze, di unione civile con altra persona o di una stabile convivenza del richiedente l'assegno.

Sulla base dell'articolo 2, infine, la nuova disciplina è applicabile anche ai procedimenti per lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio in corso alla data di entrata in vigore della presente legge.

Sulla base di tali considerazioni, propone l'espressione di un parere favorevole.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere favorevole del relatore.

Modifiche al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, concernente la responsabilità dei dirigenti in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro.

Testo unificato C. 3830 Pellegrino e abb.

(Parere alle Commissioni riunite VII e XI).

(Esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Giovanni MONCHIERO (Misto-CI-EPI), *relatore*, ricorda che il testo unificato delle proposte di legge all'esame della XII Commissione interviene sulla responsabilità dei dirigenti e dei funzionari scolastici in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro per quanto attiene alla conduzione e all'utilizzo degli edifici destinati all'istruzione e alla formazione, con l'obiettivo di risolvere le criticità emerse in ordine alla titolarità della responsabilità in materia di sicurezza nelle scuole.

Segnala che il provvedimento, che si compone di un solo articolo, introduce nell'articolo 18 del testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, di cui al decreto legislativo n. 81 del 2008, un nuovo comma *3-ter*, stabilendo che i dirigenti o i funzionari, compresi i dirigenti delle istituzioni scolastiche, siano esentati da qualsiasi responsabilità, onere civile, amministrativo e penale qualora abbiano assolto tempestivamente all'obbligo di richiesta di interventi strutturali di manutenzione necessari per assicurare la sicurezza dei locali e degli edifici assegnati. I dirigenti delle istituzioni scolastiche, qualora, sulla base di una valutazione svolta con la diligenza del buon padre di famiglia, rilevino la sussistenza di un pericolo grave e immediato, possono interdire parzialmente o totalmente l'utilizzo dei locali e

degli edifici assegnati, nonché ordinarne l'evacuazione, dandone tempestiva comunicazione all'amministrazione tenuta, per effetto di norme o convenzioni, alla loro fornitura e manutenzione, nonché alla competente autorità di pubblica sicurezza.

La lettera *b)* dell'articolo unico, introducendo un ulteriore comma all'articolo 28 del medesimo decreto legislativo, prevede che, per le sedi delle istituzioni scolastiche, la valutazione dei rischi strutturali degli edifici e l'individuazione delle misure necessarie a prevenirli sono di esclusiva competenza dell'amministrazione tenuta, per effetto di norme o convenzioni, alla loro fornitura e manutenzione.

Alla luce delle considerazioni svolte, propone l'espressione di un parere favorevole.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 16.35.

RISOLUZIONI

Mercoledì 20 dicembre 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 16.35.

7-01360 Lenzi e 7-01417 Silvia Giordano: Tumori dovuti a varianti patogenetiche.

(Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione di un testo unificato delle risoluzioni n. 8-00284).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 13 dicembre 2017.

Il sottosegretario Davide FARAONE, con riferimento alla risoluzione Silvia Giordano n. 7-01417, sulla quale nella

precedente seduta non aveva avuto modo di pronunciarsi, esprime parere favorevole sul primo, sul quarto e sul quinto impegno. Esprime altresì parere favorevole sul secondo impegno, a condizione che si riformulato nel senso di impegnare il Governo ad adottare iniziative per avviare nell'ambito dei programmi regionali di « *screening* » mammografico i percorsi di valutazione del rischio genetico, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed acquisiti preventivamente i pareri tecnici del Consiglio superiore di sanità e dell'Istituto superiore di sanità. Esprime, quindi, parere favorevole sul terzo impegno, purché sia riformulato nel senso di premettere il riferimento all'adozione di opportune iniziative per promuovere un approccio di politica sanitaria focalizzato sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica delle prestazioni

Per quanto concerne il sesto, il settimo e l'ottavo impegno, esprime parere favorevole, a condizione che siano riformulati nel senso di premettere ai rispettivi contenuti le parole « a valutare la possibilità di ».

Donata LENZI (PD) ritiene che, data la sostanziale analogia dei contenuti delle due risoluzioni, vi siano le condizioni, anche alla luce del parere espresso dal Governo, per presentare una proposta di testo unificato di tali risoluzioni.

Procede, quindi, ad illustrare tale proposta (*vedi allegato 4*).

Silvia GIORDANO (M5S) concorda con la proposta formulata dalla deputata Lenzi e dalle considerazioni da lei svolte circa la rilevanza di approvare una risoluzione condivisa su un tema così importante.

La Commissione approva all'unanimità il testo unificato delle risoluzioni Lenzi n. 7-01360 e Silvia Giordano n. 7-01417, che assume il numero 8-00284.

7-01331 Lorefice, 7-01408 Rondini e 7-01409 Miotto: Indennizzo nei confronti dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni o da vaccinazioni.

(*Seguito della discussione congiunta e conclusione. – Approvazione di un nuovo testo delle risoluzioni nn. 8-00285, 8-00287 e 8-00286*).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo nella seduta del 13 dicembre 2017.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che è stata presentata la risoluzione Rondini n. 7-01408, vertente sulla medesima materia e che, pertanto, le tre risoluzioni saranno discusse congiuntamente. Ricorda, quindi, che nella seduta del 13 dicembre scorso il sottosegretario Faraone ha espresso il parere del Governo sulle risoluzioni Lorefice n. 7-01331 e Miotto n. 7-01409.

Il sottosegretario Davide FARAONE, con riferimento alla risoluzione Rondini n. 7-01408, con riferimento al primo impegno, analogo al secondo impegno della risoluzione presentata dalla deputata Lorefice, esprime parere contrario.

Esprime parere favorevole sul secondo impegno, analogo al terzo impegno della risoluzione Lorefice e al quarto impegno della risoluzione Miotto, a condizione che sia riformulato nei termini seguenti: « a ribadire che le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano anche al diritto all'indennizzo dei soggetti che hanno subito danni a seguito di vaccinazione non obbligatorie ma raccomandate ».

Esprime, quindi, parere favorevole sul terzo impegno, a condizione che sia riformulato nei seguenti termini: « ad assumere iniziative, nel rispetto della normativa sulla tutela della *privacy*, per la definizione e la pubblicazione delle graduatorie degli aventi diritto a percepire gli indennizzi di cui alla legge n. 229 del 2005 ».

Esprime, altresì, parere favorevole sul quarto impegno, a condizione che sia

riformulato nei seguenti termini: « ad assumere iniziative, nel rispetto della normativa della *privacy* e conformemente alla disciplina di accesso e trasparenza degli atti amministrativi, a rendere pubblici, tramite il Ministero della salute, i dati relativi al contenzioso di cui alla legge n. 210 del 25 febbraio 1992, al fine di valutare a fini statistici l'incidenza dannosa delle vaccinazioni obbligatorie, quantificare le domande, calcolare i tempi di evasione delle pratiche di ricorso, quantificare le liquidazioni e rendere consultabili da chiunque i dati che difficilmente risultano oggi reperibili ».

Con riferimento alla risoluzione Lorefice n. 7-01331, ritiene opportuno fornire un chiarimento su una questione sorta nella seduta precedente: ad avviso della predetta deputata, infatti, vi sarebbe un'incongruenza tra il parere contrario espresso dal Governo sul sesto impegno contenuto nella sua risoluzione, concernente la possibilità che siano adottate iniziative per definire una norma di interpretazione autentica volta a chiarire che gli eredi di soggetti morti a seguito di vaccinazioni o emotrasfusioni possono accedere all'equa riparazione e gli emendamenti al disegno di legge di bilancio approvati dalla XII Commissione. Al riguardo, precisa che il parere contrario espresso dal Governo deve intendersi riferito esclusivamente allo strumento (una norma di interpretazione autentica) e non al fine (l'estensione anche agli eredi delle persone danneggiate che agiscono « *iure proprio* »), in merito al quale il Governo è assolutamente favorevole, come dimostra l'impegno profuso in occasione dell'esame del disegno di legge di bilancio a favore dell'approvazione degli emendamenti rivolti a tale specifico fine.

Su tale specifico aspetto, l'Ufficio legislativo del Ministero della salute aveva richiesto il parere dell'Avvocatura dello Stato, la quale ha ritenuto che, sulla base della normativa vigente, non sia possibile intervenire con una disposizione di interpretazione autentica, essendo chiaro che i soggetti cui si fa riferimento, ovvero gli eredi delle persone danneggiate da emo-

trasfusioni o da vaccinazioni, sono certamente esclusi dalla normativa attuale. L'eventuale intervento normativo, dunque, non avrebbe potuto certamente essere di interpretazione autentica, ma avrebbe dovuto configurarsi come un intervento di carattere novativo, in grado di estendere l'applicazione della disciplina vigente anche agli eredi danneggiati.

Alla luce delle considerazioni svolte, ribadendo che il Ministero della salute è da sempre sensibile alla problematica in questione, ricorda che nell'ultima seduta della Commissione Bilancio, conclusasi nella mattinata odierna, sull'AC 4768 sono stati approvati emendamenti che prevedono l'estensione – non in via interpretativa – dell'equa riparazione anche a favore di tutti gli eredi che agiscono « *iure proprio* ».

Marialucia LOREFICE (M5S), accoglie le proposte di riformulazione avanzate dal Governo nella precedente seduta nonché nella seduta odierna, con riferimento al sesto impegno.

Chiede, quindi, che si proceda alla votazione per parti separate.

Mario MARAZZITI, *presidente*, pone in votazione le premesse della risoluzione Lorefice n. 7-01331 insieme al primo, al terzo, al sesto e all'ottavo ed ultimo impegno, come riformulati (*vedi allegato 5*).

La Commissione approva le premesse, il primo, il terzo, il sesto e l'ottavo impegno della risoluzione Lorefice n. 7-01331, come riformulati (*vedi allegato 5*).

Mario MARAZZITI, *presidente*, pone in votazione le restanti parti della risoluzione Lorefice n. 7-01331.

La Commissione respinge il secondo, il quarto, il quinto e il settimo impegno della risoluzione Lorefice n. 7-01331.

Anna Margherita MIOTTO (PD) riformula la propria risoluzione ritenendo ragionevoli le proposte avanzate dal Governo nella precedente seduta.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che si passerà alla votazione della risoluzione Miotto n. 7-01409, come riformulata dalla presentatrice, in quanto non assorbita e non preclusa.

La Commissione approva la risoluzione Miotto n. 7-01409, come riformulata dalla presentatrice (*vedi allegato 6*).

Marco RONDINI (LNA) riformula la propria risoluzione nel senso di espungere il primo impegno e di accogliere le proposte del Governo con riferimento al secondo, al terzo e al quarto impegno.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che si passerà alla votazione della risoluzione Rondini n. 7-01408, come riformulata dal presentatore, in quanto non assorbita e non preclusa.

La Commissione approva la risoluzione Rondini n. 7-01408, come riformulata dal presentatore (*vedi allegato 7*).

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che, a seguito della riformulazione da parte dei presentatori e della successiva approvazione, le risoluzioni Lorefice n. 7-01331, Miotto n. 7-01409 e Rondini n. 7-01408, assumono, rispettivamente, il numero 8-00285, 8-00286 e 8-00287.

La seduta termina alle 17.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 17 alle 17.05.

ALLEGATO 1

5-10102 Businarolo: Iniziative per la prevenzione secondaria dei tumori, con particolare riferimento alla situazione del Veneto.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in esame, desidero preliminarmente precisare che l'organizzazione dei servizi sanitari e la concreta erogazione delle prestazioni assistenziali compete alle singole Regioni, che devono adottare i provvedimenti all'uopo necessari, nel rispetto delle linee di indirizzo dettate dallo Stato.

Prima di entrare nel merito dell'interrogazione, che si concentra sulle specifiche azioni adottate dalla Regione Veneto in tema di prevenzione oncologica, mi corre, comunque, l'obbligo di esporre le iniziative adottate dal Ministero della salute in tale ambito.

A tal riguardo, ricordo innanzitutto l'Intesa Stato-Regioni, stipulata il 30 ottobre 2014, con cui è stata recepita la « Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali », uno strumento di riferimento nella programmazione e attuazione delle reti oncologiche la cui stesura era prevista dal « Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro » recepito con l'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

Una delle principali caratteristiche del predetto Documento tecnico di indirizzo è l'indicazione a definire percorsi di qualità per il cittadino/paziente, sviluppando reti oncologiche con modelli di tipo « Hub&Spoke ». L'obiettivo principale di tali reti è, infatti, la coordinazione dei diversi ambiti assistenziali di cui l'oncologia necessita, che vanno dall'ospedaliero al territoriale fino alla ricerca. Desidero rimarcare, peraltro, che l'articolazione delle reti regionali secondo un approccio coerente a livello nazionale favorisce l'organizzazione di queste in un *Network* na-

zionale atto a consentire l'utilizzo ottimale delle risorse e una riduzione delle eventuali disuguaglianze nell'accesso alle cure su tutto il territorio.

Inoltre, con decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 è stata definita l'importanza della costituzione delle reti ospedaliere per patologia, tra le quali la rete oncologica, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale. In particolare, l'articolo 8 del citato decreto stabilisce che « per la definizione delle reti satira elencate le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie ».

Tali iniziative vanno, inoltre, coordinate con il nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa, in via di definizione, che costituisce, come noto, il principale documento strategico, di livello statale, in grado di realizzare un sistema sanitario capace di garantire la migliore tutela della salute pubblica in coerenza con la razionalizzazione delle risorse disponibili.

Premesso ciò, con particolare riferimento alla problematica sollevata dagli on.li interroganti relativamente alla Regione Veneto, dalle informazioni assunte è emerso che con la DGR n. 760 del 14 maggio 2015 la medesima Regione ha ricondotto all'interno degli attuali programmi di *screening* l'erogazione degli esami di prevenzione al fine di aumentare la copertura, la qualità e l'efficienza dell'offerta delle prestazioni per la prevenzione secondaria e la diagnosi precoce dei

tumori. Con lo stesso atto, inoltre, ha provveduto ad aggiornare le prestazioni di approfondimento erogabili gratuitamente all'interno dei Programmi.

La Regione Veneto ha fatto presente, altresì, che il Piano Regionale Prevenzione, in base alle raccomandazioni e al Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018, ha previsto l'estensione del Programma di Screening mammografico fino ai 74 anni di età essendo già state dimostrate, grazie all'attività di alcune Aziende ULSS, l'importanza e l'efficacia dello *screening* in questa fascia di età. In ogni caso nella fascia di età 40-49 anni la mammografia periodica è offerta dopo aver informato accuratamente la paziente dei pro e contro della metodologia ed è eseguita personalizzando le cadenze sulla singola persona.

Alla luce di quanto esposto, sempre secondo quanto riferito dalla Regione Veneto, non si tratterebbe dunque di tagli alla prevenzione, ma soltanto di un riordino dell'erogazione delle prestazioni, per impiegare al meglio le risorse con una migliore integrazione dei percorsi ed una maggiore appropriatezza in relazione alla presenza di specifici sintomi.

Concludo, pertanto, rassicurando gli onorevoli interroganti che la situazione riportata nell'atto ispettivo in questione è all'attenzione del Ministero della salute che valuterà l'opportunità di intraprendere eventuali azioni correttive, nei limiti delle proprie competenze, al fine di garantire un sistema sanitario in grado di offrire piena tutela della salute ai residenti.

ALLEGATO 2

5-11393 Mognato: Iniziative per assicurare il rispetto della normativa vigente in materia di vigilanza negli ambienti e nei luoghi di lavoro.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in esame, devo preliminarmente far presente che il Ministero della salute è venuto a conoscenza dei fatti esposti nell'atto ispettivo in questione solo a seguito della preposizione dell'atto medesimo. Ciò si deve, ovviamente, all'assenza – sulla base del ben noto riparto di competenze in materia sanitaria tra Stato e Regioni – di un onere specifico di informazione e/o di vigilanza su tali provvedimenti, aventi natura prettamente organizzatoria.

Tanto premesso, al fine di rispondere ai quesiti degli onorevoli interroganti, devo precisare che si è reso necessario richiedere alla Regione Veneto di fornire gli opportuni chiarimenti sulla presunta attribuzione della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria in difformità dalla vigente normativa.

Al riguardo, la Regione Veneto, con nota del 24 luglio scorso, nel richiamare quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 57 del codice di procedura penale (secondo cui « sono altresì ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria, nei limiti del servizio cui sono destinate e secondo le rispettive attribuzioni, coloro ai quali la legge ed i regolamenti attribuiscono le funzioni previste dall'articolo 55 »), ha rilevato che la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria è strettamente connessa alle funzioni esercitate. Inoltre, la medesima Regione ha fatto presente che tra i soggetti cui la legge o i regolamenti attribuiscono le funzioni di cui all'articolo 55 del codice di procedura penale nell'ambito delle Aziende ulss, vi sono senz'altro, nei limiti delle proprie attribuzioni, gli esercenti la professione di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ciò ai sensi del decreto ministeriale 58/1997. L'Ente in questione, inoltre, pur riconoscendo l'esistenza di altre

norme o regolamenti che attribuiscono le funzioni anche a soggetti esercenti altre professioni, non ha, tuttavia, specificato i riferimenti normativi.

Ad avviso della Regione Veneto, pertanto, il quesito posto dagli onorevoli interroganti è troppo generico, « dovendosi far riferimento – riporto testualmente quanto riferito dalla Regione – all'ambito del servizio di destinazione, alle attribuzioni specifiche, nonché alle funzioni alle quali consegue la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ».

Sul punto, desidero precisare, per quanto di competenza del Ministero della salute, che, nell'ambito delle attribuzioni riservate alla professione sanitaria di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, di cui al decreto ministeriale n. 58/1997, la qualifica di Ufficiale di Polizia giudiziaria deve essere rilasciata unicamente al personale abilitato all'esercizio della professione sanitaria stessa.

Nel caso specifico, appare evidente che l'ambito del servizio richiesto è quello della vigilanza sull'ambiente e nei luoghi di lavoro, all'interno del quale, secondo quanto comunicato dalla Regione Veneto, potrebbero essere impiegate altre figure professionali non sanitarie nelle ispezioni svolte periodicamente dalle Aziende sanitarie locali presso le strutture di attività produttive.

Ad ogni modo, desidero rassicurare gli onorevoli interroganti che il Ministero della salute, nell'ambito delle proprie competenze, svolgerà i necessari accertamenti al fine di verificare l'eventuale violazione della normativa vigente e valutare, quindi, l'opportunità di intraprendere idonee iniziative volte a ripristinare il rispetto della normativa vigente.

ALLEGATO 3

5-12014 Amato: Adozione del decreto attuativo dell'articolo 5-bis del decreto-legge n. 243 del 2016, sull'ammodernamento dei servizi di radioterapia oncologica nelle regioni del Mezzogiorno e nelle isole.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio l'onorevole interrogante per l'opportunità che mi offre di fornire gli aggiornamenti richiesti in merito all'adozione del decreto attuativo relativo all'ammodernamento dei servizi di radioterapia oncologica in favore di alcune regioni del Sud.

Al riguardo, desidero ricordare che lo schema del decreto in questione, in attuazione dell'articolo 5-bis, comma 1, del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2017, n. 18, che ha destinato una quota pari a 100 milioni di euro alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione, in particolare per l'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologia robotica o rotazionale, prevede la ripartizione, tra le regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna, del predetto finanziamento di euro 100 milioni di euro, a valere sulle risorse previste dal programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 67 del 1988.

Si tratta, dunque, di un importante intervento – e di un rilevantissimo investimento – che si deve alla precisa volontà del Governo e di questo Parlamento.

Fatta questa doverosa premessa, ricordo che le nuove disposizioni prevedono che le predette Regioni, entro centottanta giorni dalla pubblicazione della deliberazione CIPE di assegnazione delle risorse, presentino al Ministero della salute uno specifico programma di utilizzo delle risorse assegnate che deve contenere l'e-

lenco delle apparecchiature che si intende acquisire, comprensivo: dei costi di acquisto e di installazione ai fini del collaudo, corredato da una dettagliata valutazione HTA; della dichiarazione di congruità del funzionamento a regime delle apparecchiature in questione con l'attestazione della presenza di professionalità adeguate per il funzionamento delle stesse; dell'attestazione dell'integrazione delle nuove apparecchiature robotiche o con tecniche rotazionali con una o più delle seguenti tecnologie di *imaging Guided Radiation Therapy*.

Inoltre, ogni singolo programma deve prevedere i tempi di acquisizione, di messa in funzione e di collaudo delle apparecchiature.

Solo a seguito dell'approvazione del programma da parte del Ministero della salute, le Regioni anzidette potranno procedere con le richieste di ammissione a finanziamento degli interventi secondo le modalità previste dall'Accordo tra Governo, Regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la « Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità », a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Premesso quanto sopra ed entrando nel merito del quesito posto, desidero comunicare che lo schema del predetto decreto è stato inviato, lo scorso 15 settembre, alla Conferenza Stato-Regioni ed è stata acquisita la prevista Intesa nella seduta del 9 novembre. In tale sede, evidenzio che, per volontà delle Regioni, si è reso necessario modificare la tabella di riparto poi-

ché, in sede di Conferenza, si è ritenuto di superare il criterio, precedentemente stabilito, della popolazione residente.

Alla luce di quanto rappresentato, concludo rassicurando l'onorevole interrogante che il decreto con le modifiche approvate in sede di Conferenza è stato firmato dal Ministro della salute il 6

dicembre u.s. e, dopo il visto da parte degli organi di controllo e pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*, verrà adottato presumibilmente entro questo mese, consentendo, quindi, alle Regioni interessate di procedere alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica.

ALLEGATO 4

**7-01360 Lenzi e 7-01417 Silvia Giordano: Tumori
dovuti a varianti patogenetiche.**

**TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI APPROVATO
DALLA COMMISSIONE (N. 8-00284)**

La XII Commissione,
premessò che:

secondo i dati dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), nel 2017 in Italia si sono ammalate di tumore al seno circa 50.500 donne e 500 uomini. Il *trend* di incidenza tra il 2003 e il 2017 appare in leggero aumento (+0,9 per cento per anno) mentre continua a calare, in maniera significativa, la mortalità (-2,2 per cento per anno). Il tumore al seno colpisce complessivamente circa una donna su otto nell'arco della vita: è il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 29 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne;

il rischio di sviluppare alcuni tumori, in particolare alla mammella e all'ovaio, aumenta sensibilmente in presenza di alcuni tipi di varianti patogenetiche (nel gergo comune « mutazioni ») a carico dei geni BRCA1/BRCA2 (collettivamente geni BRCA);

si stima che circa il 5-10 per cento dei tumori della mammella e circa il 10-20 per cento dei tumori ovarici riconoscano una base di predisposizione ereditaria, di cui i geni BRCA rappresentano la frazione più rilevante;

nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65 per cento e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 è pari al 45 per cento, mentre il rischio di tumore ovarico è del 39 per cento per BRCA-1 e dell'11 per cento per BRCA-2;

pur rappresentando una percentuale non elevata di tutte le forme tumorali che interessano questi organi, si tratta tuttavia di situazioni che hanno un impatto importante sia clinico sia sociale e pertanto meritano un'attenzione particolare e necessitano di dedicati percorsi multidisciplinari per la valutazione dei singoli casi, la pianificazione di interventi terapeutici mirati e la definizione di strategie di sorveglianza e di prevenzione differenziate rispetto a quelle previste per la popolazione generale;

le donne portatrici di una mutazione ereditabile a carico del gene BRCA1 hanno circa il 60 per cento di probabilità (contro il 10 per cento della popolazione generale) di sviluppare un tumore mammario e circa il 60 per cento (rispetto all'1-2 per cento della popolazione generale) di ammalarsi di tumore ovarico nell'arco della loro vita. Nel caso di mutazione del gene BRCA2, le percentuali sono simili per quanto riguarda il tumore mammario ed inferiori per quanto riguarda quello ovarico (circa 20 per cento);

i *test* BRCA rappresentano un prezioso strumento per identificare la presenza di eventuali situazioni di alto rischio genetico nelle pazienti con tumore della mammella o dell'ovaio e in donne sane giovani. In linea con le raccomandazioni delle principali società scientifiche, i *test* BRCA dovrebbero dunque essere un'opportunità garantita a tutte le donne che ne potrebbero beneficiare al fine sia di individuare le terapie personalizzate più appropriate e dunque più efficaci nel caso di

carcinoma ovarico o mammario già diagnosticato, sia di far adottare le opportune misure di prevenzione alle donne sane che risultassero BRCA-mutate;

attualmente l'accesso a questi tipi di *test* non rappresenta un diritto omogeneamente garantito in tutte le regioni italiane, con marcate differenze interregionali e addirittura nell'ambito della medesima regione;

la disomogeneità e gli ostacoli all'accesso al *test* genetico BRCA sono al centro del progetto dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), avviato nel 2016 con la realizzazione di quattro indagini sul *test* BRCA nel carcinoma ovarico, che hanno coinvolto medici oncologi, pazienti e familiari;

le indagini hanno restituito una fotografia che ben evidenzia forti disparità in termini di opportunità di prevenzione e cura per le donne e i loro familiari e che ha rappresentato lo spunto per intraprendere un'attività istituzionale finalizzata a sensibilizzare le istituzioni sul tema e sollecitare la promozione di interventi concreti;

esistono in Italia diverse realtà che si occupano di questa problematica da anni e che possono rappresentare l'ossatura di una rete nazionale necessaria per realizzare le azioni che consentano di rispondere in maniera corretta ai bisogni delle persone che potrebbero beneficiare del *test* BRCA;

rispondere in maniera corretta significa assicurare che tutte le regioni garantiscano un accesso equo e tempestivo al *test* all'interno delle strutture sanitarie, con percorsi identificati, chiari e condivisi per permettere un'adeguata presa in carico delle persone che accedono al *test*;

L'Agenzia regionale per i servizi sanitari del Piemonte, nel documento « Appropriatezza test genetici », considera l'analisi genetica per la ricerca di una mutazione ignota dei geni BRCA1 e BRCA2 indicata per tutti i soggetti ritenuti ad alto rischio di tumore ereditario della

mammella e dell'ovaio, ovvero: donne affette da tumore della mammella e dell'ovaio, individui con storia familiare positiva per tumori della mammella femminile e/o maschile e/o tumori dell'ovaio compatibile con una ereditarietà autosomica dominante (nel ramo materno o nel ramo paterno), membri di famiglie nelle quali sia già stata identificata una mutazione nota. Il medesimo documento considera il *test* sul DNA non indicato come *screening* della popolazione generale, come *test* di routine in gravidanza non a rischio, nei nuclei familiari con ricorrenza di soli tumori *post-menopausali* della mammella (>50 anni);

la regione Emilia-Romagna ha adottato un percorso gratuito per valutare il rischio familiare ed ereditario del tumore alla mammella o all'ovaio, che si affianca al programma di *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella. Partendo da un questionario, attraverso passi successivi, il nuovo programma effettua una selezione sempre più stringente per identificare le donne a rischio ereditario da accompagnare e affiancare nella scelta dei possibili interventi profilattici o di sorveglianza;

negli ultimi decenni si è assistito allo sviluppo ed alla implementazione di centri clinici specialistici e multidisciplinari, denominati « *breast unit* » con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria per le donne affette da tumore alla mammella e offrire uno *standard* di qualità delle cure elevato. Una delle caratteristiche principali di questi centri è rappresentata da una soglia di volume minimo di attività, 150 interventi chirurgici per carcinoma all'anno, che dovrebbe garantire un miglioramento degli esiti delle cure. Secondo i risultati del Programma nazionale esiti 2016 sviluppato dall'Agenas, per conto del Ministero della salute, delle 449 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per tumore alla mammella, solo 123 (27 per cento) presentano volumi di attività superiore a 150 interventi annui. L'intervento chirurgico per tumore della mammella è una delle aree

cliniche per le quali è stata dimostrata un'associazione positiva tra volume di attività e mortalità intraospedaliera, ovvero nei centri ove si opera meno c'è più mortalità e la chirurgia è meno conservativa,

impegna il Governo:

ad assumere le iniziative di competenza per introdurre linee guida volte a definire e promuovere indicatori di appropriatezza e accessibilità alla consulenza genetica per sospetta mutazione dei geni « BRCA »;

ad assumere iniziative per garantire, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, a tutte le pazienti, indipendentemente dalla regione di appartenenza, acquisiti preventivamente i pareri tecnici del Consiglio superiore di sanità e dell'Istituto superiore di sanità, un accesso omogeneo ed equo al test BRCA e alle cure per le donne affette da carcinoma ovarico o mammario e ai percorsi di prevenzione sia per tali donne sia per le donne sane risultate BRCA-mutate;

ad assumere iniziative per promuovere un approccio di politica sanitaria focalizzato sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie affinché i test « BRCA » siano garantiti per tutti i soggetti ritenuti ad alto rischio di tumore ereditario della mammella e dell'ovaio, attraverso l'introduzione di tali test genetici nei livelli essenziali di assistenza per i soggetti a rischio, affinché anche in Italia si possa avviare un programma nazionale di genetica oncologica per le forme di predisposizione ai tumori dell'ovaio e della mammella, che coordini ed integri i piani regionali previsti dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018;

a valutare l'opportunità di adottare iniziative per garantire le risorse economiche e finanziarie necessarie per la promozione e l'inserimento all'interno del Servizio sanitario nazionale di tale programma;

ad adottare iniziative per assicurare un flusso informativo specifico e condiviso a livello nazionale per raccogliere, valutare e monitorare le attività di genetica medica, al fine di disporre di dati indispensabili per la valutazione delle attività sulla base dell'*Health Technology Assessment* (HTA);

ad adottare le iniziative di competenza per rilevare e valutare quantitativamente e qualitativamente i centri di senologia presenti in tutte le regioni, valutando l'opportunità di pubblicare i relativi dati sul sito *internet* istituzionale del Ministero della salute, nonché di prevedere un meccanismo premiale per le regioni virtuose che abbiano sul proprio territorio una rete dei centri di senologia eccellenti;

ad adottare iniziative per garantire a tutte le donne affette da tumore al seno il diritto di essere curate nei centri di senologia certificati e a valutare l'opportunità di prevedere, nel caso in cui tali centri non soddisfino criteri di qualità ed efficienza, meccanismi di valutazione sull'attività svolta dai direttori generali, con l'applicazione di idonee sanzioni.

(8-00284) « Lenzi, Silvia Giordano, Amato, Baroni, Beni, Binetti, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Brignone, Burtone, Capone, Casati, Colonnese, Di Vita, D'Incecco, Fossati, Gelli, Ghizzoni, Grassi, Grillo, Lorefice, Mantero, Miotto, Monchiero, Murer, Nesci, Piazzi, Piccione, Giuditta Pini, Rondini, Sbrollini, Scopelitti ».

ALLEGATO 5

7-01331 Lorefice: Indennizzo nei confronti dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni o da vaccinazioni.

**NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE APPROVATO
DALLA COMMISSIONE (N. 8-00285)**

La XII Commissione,

premessi che:

il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 130 del 7 giugno 2017, rende obbligatorie per i minori di età compresa tra i zero e i sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati 10 vaccinazioni, fatta salva l'avvenuta immunizzazione e l'accertamento documentato di specifiche condizioni di salute che ne rendono necessaria l'omissione o il differimento;

l'articolo 5-ter dello stesso provvedimento consente al Ministero della salute di avvalersi di un contingente fino a 20 unità di personale di altri dicasteri in posizione di comando, da individuare prioritariamente tra quello in possesso di professionalità giuridico amministrativa e economico contabile, al fine di definire le procedure intese al ristoro dei soggetti danneggiati da trasfusioni con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie; ai fini della copertura degli oneri finanziari derivanti dall'impiego del contingente in questione, quantificati in 359.000 euro per l'anno 2017 e 1.076.000 euro per l'anno 2018 viene ridotta in misura corrispondente l'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, stan-

ziata dall'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244; il decreto, negli articoli 5-bis e 5-ter, fa riferimento solo alle vaccinazioni obbligatorie. Prevede, infatti, che le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applichino a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1 della legge stessa, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, escludendo quindi le ulteriori vaccinazioni raccomandate che non sono incluse all'articolo 1, come ad esempio l'Hpv per le femmine e per i maschi, l'*Herpes Zoster* o l'epatite A, ma che sono fortemente raccomandate;

la sentenza della Corte costituzionale n. 107 del 26 aprile 2012 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210, nella parte in cui non prevede il diritto ad un indennizzo, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla medesima legge, nei confronti di coloro i quali abbiano subito le conseguenze previste dallo stesso articolo 1, comma 1, a seguito di vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia, vaccinazioni che all'epoca erano solo raccomandate;

l'articolo 545 del codice di procedura civile stabilisce che non possono essere pignorati crediti aventi per oggetto sussidi di grazia o di sostentamento a persone comprese nell'elenco dei poveri, oppure sussidi dovuti per maternità, malattie o funerali da casse di assicurazione, da enti di assistenza o da istituti di

beneficenza. Il vitalizio bimestrale percepito direttamente dal contagiato per emotrascuzione o per danno da vaccinazione obbligatoria, *ex lege* 25 febbraio 1992, n. 210, può essere assimilato ad un sussidio per malattia, in quanto ha carattere esclusivamente assistenziale. In conseguenza di ciò, dovrebbe essere pacificamente escluso un pignoramento del vitalizio. Accade tuttavia che danneggiati che percepiscono l'indennizzo *ex lege* n. 210 del 1992 si vedono pignorata la somma dello stesso quando viene accreditato sul conto corrente,

impegna il Governo:

ad assumere iniziative normative per prevedere che il Ministero della salute, in relazione agli indennizzi e ai risarcimenti conseguenti agli eventuali danni procurati dai vaccini di cui al decreto-legge n. 73 del 2017, in caso di accertato nesso di causalità, debba rivalersi sulla casa farmaceutica di produzione;

a ribadire che le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano al diritto all'indennizzo per i soggetti che abbiano subito un danno a seguito di vaccinazioni non obbligatorie ma raccomandate, assicurando quindi tale

diritto a tutti coloro che siano stati danneggiati da vaccinazioni, non solo quelle di cui all'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, ma anche quelle previste dal Piano nazionale vaccini 2017-2019;

ad assumere iniziative volte a ricomprendere, fra i beneficiari dell'equa ripara-zione disciplinata dall'articolo 27-*bis* del decreto-legge n. 90 del 2014 per i soggetti danneggiati da trasfusione con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie, i familiari delle persone danneggiate decedute, anche se agiscono *iure proprio*, purché abbiano presentato entro il 19 gennaio 2010 domanda per accedere alle procedure di transazione;

a valutare la possibilità di assumere iniziative normative che chiariscano definitivamente che la somma percepita a titolo di indennizzo *ex lege* 25 febbraio 1992, n. 210, non può essere pignorata, anche quando questa venga accreditata sul conto corrente del danneggiato da emotrascuzione o da vaccinazione, ai sensi dell'articolo 545 del codice di procedura civile.

(8-00285) « Loreface, Silvia Giordano, Grillo, Nesci, Mantero, Colonnese ».

ALLEGATO 6

7-01409 Miotto: Indennizzo nei confronti dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni o da vaccinazioni.**NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE APPROVATO
ALLA COMMISSIONE (N. 8-00286)**

La XII Commissione,

premessi che:

L'annosa controversia riguardante migliaia di persone danneggiate negli anni '70-'80 da sangue infetto ha indotto il Parlamento a disporre con la legge n. 210 del 1992 alcune misure a titolo di indennizzo e di risarcimento a cui hanno accesso soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o affetti da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali, danneggiati da trasfusione con sangue infetto, o da somministrazione di emoderivati infetti, e soggetti danneggiati da vaccinazioni;

a seguito di un consistente contenzioso che ha visto soccombere il Ministero della salute, con legge n. 244 del 2007 è stata avviata una procedura transattiva alla quale hanno aderito 7000 persone; ciò nonostante, il contenzioso non è diminuito anche a causa di difficoltà operative che hanno rallentato i risarcimenti;

si addivene così ad un accordo fra Ministero della salute ed associazioni dei malati che conduce all'articolo 27-bis del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito dalla legge n. 114 del 2014, che ha previsto un'equa riparazione per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto, o emoderivati infetti, o vaccinazioni obbligatorie (o per i loro aventi causa, in caso di decesso), che abbiano presentato domanda di adesione alla procedura transattiva di cui alla legge 24 dicembre 2007, n. 244, entro il 19 gennaio 2010. È prevista la corresponsione, a titolo di equa ripara-

zione, di una somma di denaro – euro 100.000 per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto, o somministrazione di emoderivati infetti, ed euro 20.000 per i danneggiati da vaccinazione obbligatoria – in un'unica soluzione per i soggetti che hanno presentato domanda di adesione alla procedura transattiva;

l'accordo intervenuto prevedeva che entro il 2014 si potesse procedere alla liquidazione dei primi 1000 risarcimenti mentre per i successivi al ritmo di 1835 l'anno in modo da terminare l'erogazione entro il 31 dicembre 2017 grazie alle coperture finanziarie previste nei diversi esercizi finanziari. A tal fine, il disegno di legge di bilancio aveva previsto il trasferimento alle regioni e alle province autonome, chiamate ad effettuare le liquidazioni degli indennizzi, di un totale di 735 milioni di euro suddivisi nelle varie annualità;

la liquidazione degli indennizzi doveva avvenire in base allo scorrimento di una graduatoria già definita in base alla gravità dell'infermità e, in caso di parità, alla condizione economica degli interessati;

la scadenza del 31 dicembre 2017 è prossima, ma il programma di liquidazione è lontano dalla ipotizzata conclusione per cui si rende necessaria l'adozione di idonei provvedimenti normativi che individui data certa e corrispondenti finanziamenti per ottemperare all'impegno assunto nel 2014, considerando la circostanza che le somme inizialmente previste non sono state materialmente erogate;

con riferimento, in particolare, alla verifica della ricevibilità della istanza, nel corso dell'istruttoria è risultato che, per talune posizioni relative ai danneggiati deceduti, è pendente un contenzioso instaurato dagli eredi, nei confronti del Ministero della salute, avente ad oggetto esclusivamente il riconoscimento del risarcimento del danno « *iure proprio* ». In proposito, l'Avvocatura dello Stato ha più volte sostenuto che le procedure transattive non riguardano gli eredi che agiscono per ottenere risarcimento per i danni connessi alle malattie del proprio congiunto e pertanto non sarebbe riconosciuta la possibilità di ottenere l'importo previsto a titolo di equa riparazione; tuttavia, il Ministero della salute ha più volte riconosciuto che « il contenzioso proseguirebbe dinanzi ai Tribunali civili e, in caso di pronuncia di condanna al risarcimento del danno, anche solo « *iure proprio* » in favore degli eredi di danneggiati deceduti, la liquidazione dell'importo previsto in sentenza nella gran parte dei casi sarebbe superiore alla somma riconosciuta a titolo di equa riparazione » e, pertanto, sarebbe auspicabile un'adeguata iniziativa normativa;

appare inoltre necessario chiarire che il vitalizio disposto in base alla legge n. 210 del 1992, è una misura assistenziale e pertanto è impignorabile;

inoltre, appare utile chiarirle con idoneo provvedimento, anche alla luce della estensione dell'obbligo vaccinale previsto dal decreto-legge n. 73 del 2017 che le provvidenze previste dalla legge n. 210 del 1996 si applicano alle persone danneggiate da vaccinazione indipendentemente dal fatto se tali vaccinazioni siano obbligatorie o raccomandate, in conformità all'indirizzo della Corte costituzionale;

si rende, infine, necessario avviare una riflessione sulla necessità di prendere in considerazione la sussistenza di un danno psicologico per i familiari conviventi contemporaneamente all'accertata lesione fisica del soggetto danneggiato da vaccinazione o trasfusione, in quanto la lesione alla salute provocata da una vaccinazione altera l'integrità psicologica del-

l'intero contesto familiare e pertanto l'ambito di applicazione della legge n. 210 del 1992 andrebbe esteso anche a tale fattispecie finora non accolta dal Ministero della salute e dalle competenti commissioni mediche,

impegna il Governo:

1) a predisporre un'idonea iniziativa normativa per far fronte ai ritardi nella liquidazione delle somme stabilite a titolo di equa riparazione dall'articolo 27-*bis* del decreto-legge n. 90 del 2014, fissando una nuova data certa per il completamento delle procedure, prevedendo i necessari finanziamenti e dando piena attuazione alle norme contenute nel decreto-legge n. 73 del 2017 in ordine al potenziamento dell'organico del personale addetto a tali procedure;

2) a predisporre un'idonea iniziativa normativa volta a riconoscere l'accesso all'equa riparazione da parte degli eredi delle persone danneggiate decedute, che agiscono « *iure proprio* »;

3) a valutare la possibilità di predisporre un'idonea iniziativa normativa orientata ad affermare l'impignorabilità dell'assegno vitalizio corrisposto ai sensi della legge n. 210 del 1992;

4) a ribadire che le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano anche alle vaccinazioni raccomandate e non solo a quelle obbligatorie, ai fini dei risarcimenti alle persone danneggiate da vaccinazioni;

5) a valutare la possibilità di avviare in tempi rapidi un approfondimento orientato ad accertare le condizioni per il riconoscimento del danno psicologico riportato dalle persone congiunte, appartenenti allo stesso nucleo familiare del soggetto indennizzato ai sensi della legge n. 210 del 1992.

(8-00286) « Miotto, Amato, Paola Boldrini, Carnevali, Casati, D'Incecco, Grassi, Mariano, Lenzi, Capone, Patriarca ».

ALLEGATO 7

7-01408 Rondini: Indennizzo nei confronti dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni o da vaccinazioni.**NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE APPROVATO
DALLA COMMISSIONE (N. 8-00287)**

La XII Commissione,

premesso che:

il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, così come convertito dalla legge n. 119 del 2017, all'articolo 5-*ter* stabilisce che: «al fine di definire le procedure finalizzate al ristoro dei soggetti danneggiati da trasfusioni con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie, il Ministero della salute, per le esigenze della Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure, è autorizzato ad avvalersi di un contingente fino a venti unità di personale appartenente all'area III del comparto Ministeri in posizione di comando ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, da individuare prioritariamente tra quello in possesso di professionalità giuridico-amministrativa ed economico-contabile». Per coprire gli oneri finanziari derivanti dall'impiego del contingente in questione, quantificati in 359.000 euro per l'anno 2017 e 1.076.000 euro per l'anno 2018 viene ridotta in misura corrispondente l'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, stanziata dall'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

l'articolo 5-*quater* del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, così come convertito

dalla legge n. 119 del 2017 prevede che: «Le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica». La norma in questione non prevede espressamente l'applicazione delle disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in favore delle persone che subiscano danni derivanti da somministrazione di altre vaccinazioni fortemente raccomandate, quali ad esempio il vaccino anti-HPV o il vaccino anti-epatite A, quest'ultime non ricomprese nell'articolo 1 del decreto-legge n. 73 del 2017, così come convertito dalla legge n. 119 del 2017;

la sentenza della Corte costituzionale 26 aprile 2012, n. 107, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), nella parte in cui non prevede il diritto ad un indennizzo, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla medesima legge, nei confronti di coloro i quali abbiano subito le conseguenze previste dallo stesso articolo 1, comma 1, a seguito di vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia, vaccinazioni che all'epoca erano solo raccomandate;

il decreto ministeriale 21 ottobre 2009 pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* serie

generale n. 9 del 13 gennaio 2010, all'articolo 2, rubricato « Individuazione dei criteri per la formazione delle graduatorie utili alla corresponsione dei benefici economici ai soggetti danneggiati da vaccinazioni, ai sensi della legge n. 229/2005 » stabilisce che: « 1. Per le istanze di accesso ai benefici di cui all'articolo 1 della legge n. 229/2005, il Ministero provvede alla formazione di una graduatoria dei soggetti da soddisfare, emessa con decreto del Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema e avente scadenza semestrale »;

nell'anno 2017 il Ministero della salute non risulta aver pubblicato le graduatorie semestrali utili alla corresponsione dei benefici economici ai soggetti danneggiati da vaccinazioni, ai sensi della legge n. 229 del 2005, graduatorie che devono essere pubblicate con cadenza semestrale ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto ministeriale 21 ottobre 2009. L'ultima graduatoria semestrale risulta essere stata adottata in data 26 luglio 2016 con decreto a firma del direttore generale della direzione generale della vigilanza sugli enti e pubblicata in data 5 agosto 2016;

alcuni organi di stampa avrebbero asserito l'inesistenza dei danni da vaccino. Tali dichiarazioni appaiono gravi, in quanto è certa l'esistenza delle persone danneggiate da vaccino: esistono la legge n. 210 del 1992, volta proprio a ristorare

le persone danneggiate da vaccinazioni, e la successiva legge n. 229 del 2005, avente il medesimo fine,

impegna il Governo:

a ribadire che le disposizioni di cui alle legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano anche al diritto all'indennizzo dei soggetti che hanno subito danni a seguito di vaccinazione non obbligatorie ma raccomandate;

ad assumere iniziative, nel rispetto della normativa sulla tutela della *privacy*, per la definizione e la pubblicazione delle graduatorie degli aventi diritto a percepire gli indennizzi di cui alla legge n. 229 del 2005, in ottemperanza a quanto previsto dal decreto ministeriale del 21 ottobre 2009, articolo 2;

ad assumere iniziative, nel rispetto della normativa della *privacy* e conformemente alla disciplina di accesso e trasparenza degli atti amministrativi, a rendere pubblici, tramite il Ministero della salute, i dati relativi al contenzioso di cui alla legge n. 210 del 25 febbraio 1992, al fine di valutare a fini statistici l'incidenza dannosa delle vaccinazioni obbligatorie, quantificare le domande, calcolare i tempi di evasione delle pratiche di ricorso, quantificare le liquidazioni e rendere consultabili da chiunque i dati che difficilmente risultano oggi reperibili.

(8-00287)

« Rondini ».