

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-00111 Cecconi: Iniziative volte alla regolamentazione dell'utilizzo e della vendita della cosiddetta <i>cannabis light</i> .	
5-00116 Bellucci: Iniziative volte a bloccare vendita dei prodotti a base di <i>cannabis</i> a basso contenuto di <i>Thc</i> .....	185
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	189
5-00112 Panizzut: Utilizzo diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare .	186
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	191
5-00113 Novelli: Erogazione di farmaci da parte degli operatori socio-sanitari .....	186
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	193
5-00114 Carnevali: Iniziative volte a tenere sotto controllo la gestione delle liste d'attesa .	187
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	195
5-00115 Lapia: Sulla situazione del presidio ospedaliero « S. Francesco » di Nuoro .....	187
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i> .....	197

#### SEDE CONSULTIVA:

DL 55/2018: Ulteriori misure urgenti a favore delle popolazioni dei territori delle Regioni Abruzzo, Lazio, Marche ed Umbria, interessati dagli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016. C. 804 Governo, approvato dal Senato (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	187
--	-----

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Martedì 10 luglio 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Maurizio Fugatti.

#### La seduta comincia alle 14.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

**5-00111 Cecconi: Iniziative volte alla regolamentazione dell'utilizzo e della vendita della cosiddetta *cannabis light*.**

**5-00116 Bellucci: Iniziative volte a bloccare vendita dei prodotti a base di *cannabis* a basso contenuto di *Thc*.**

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che le interrogazioni Cecconi 5-00111 e Bellucci 5-00116, vertendo sullo stesso argomento, saranno svolte congiuntamente.

Silvia BENEDETTI (Misto-MAIE) illustra l'interrogazione Cecconi 5-00111, di cui è cofirmataria, volta a fornire una risposta alle preoccupazioni manifestate

dai produttori di canapa industriale, determinate da un possibile vuoto normativo relativo all'utilizzo delle infiorescenze di tale prodotto.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI) illustra la sua interrogazione 5-00116, richiamando soprattutto il recente parere del Consiglio superiore di sanità, che si è espresso contro la vendita dei prodotti a base di *cannabis* a basso contenuto di Thc.

Il sottosegretario Maurizio FUGATTI risponde congiuntamente alle interrogazioni in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Silvia BENEDETTI (Misto-MAIE), replicando, rileva che la risposta non fornisce sufficienti elementi chiarificatori rispetto alle problematiche oggetto dell'interrogazione.

A suo avviso, infatti, occorre dare risposte certe ai produttori di canapa industriale e ai soggetti che attualmente commercializzano la cosiddetta *cannabis light*.

Nel richiamare l'opportunità di una valutazione del parere del Consiglio superiore di sanità sulla base di dati aggiornati, segnala che, analogamente a quanto previsto per i semi e l'olio di canapa, quantità trascurabili di Thc dovrebbero essere tollerate anche per le infiorescenze.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI), replicando, dichiara che la risposta fornita dal rappresentante del Governo non elimina le sue preoccupazioni circa il pericolo per la salute dei cittadini, rappresentato dalla vendita di prodotti a base di *cannabis* a basso contenuto di Thc.

Al riguardo, ricorda che la legge n. 242 del 2016 ha introdotto una soglia di tolleranza per tale principio attivo superiore a quella consentita dalla legislazione previgente e dalle pronunce della Corte di Cassazione. Ribadendo la rilevanza del pericolo rappresentato da una sottovalutazione degli effetti dei prodotti a base di *cannabis* a basso contenuto di Thc, sollecita una rapida risposta da parte del

Ministero della salute, al fine di limitare i danni prodotti da una legge che definisce « sconsiderata ».

**5-00112 Panizzut: Utilizzo diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare.**

Paolo TIRAMANI (Lega) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario, segnalando che una semplificazione delle procedure relative all'utilizzo delle apparecchiature a risonanza magnetica nucleare settoriali anche per alcune parti del corpo diverse dagli arti potrebbe consentire di ridurre le attese dei pazienti ed assicurare un trattamento omogeneo su tutto il territorio nazionale.

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

Paolo TIRAMANI (Lega), replicando, riconosce che la risposta fornisce quantomeno una visione complessiva delle tematiche oggetto della sua interrogazione.

Richiamando la propria personale esperienza relativa a difformità nel regime autorizzatorio tra una regione e l'altra, in quanto residente in Piemonte in un luogo vicino al confine con la Lombardia, chiede l'impegno del Governo a superare le non più attuali limitazioni poste dal decreto del Presidente della Repubblica n. 542 del 1994, consentendo l'utilizzo delle apparecchiature settoriali anche per l'esame di parti del corpo diverse dagli arti, a partire da porzioni della colonna vertebrale.

**5-00113 Novelli: Erogazione di farmaci da parte degli operatori socio-sanitari.**

Roberto NOVELLI (FI) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando che molte complicazioni in ambito sanitario sono causate da errori nella somministrazione di farmaci e che, di fatto, in alcune regioni questo compito è affidato anche agli ope-

ratori socio-sanitari, senza che sia prevista un'adeguata formazione.

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

Roberto NOVELLI (FI), replicando, si dichiara soddisfatto, in quanto la risposta articolata ha fornito tutti i necessari elementi di valutazione.

**5-00114 Carnevali: Iniziative volte a tenere sotto controllo la gestione delle liste d'attesa.**

Elena CARNEVALI (PD) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando l'enfasi posta dalla Ministra della salute sull'esigenza di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e osservando, in proposito, che occorre fare chiarezza circa le risorse finanziarie destinate a conseguire tale obiettivo.

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

Elena CARNEVALI (PD), replicando, rileva che la risposta fornisce indicazioni esaustive circa il modello organizzativo volto al superamento delle liste di attesa, peraltro in linea con il relativo piano nazionale attualmente in vigore, e adotta, diversamente da precedenti dichiarazioni rese dal Ministero della salute, un approccio meno rigido rispetto all'attività libero-professionale intramuraria.

Sottolinea tuttavia che rimane inesausta la richiesta di chiarimenti circa l'entità e la provenienza delle risorse aggiuntive necessarie a rendere conseguibile l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa.

**5-00115 Lapia: Sulla situazione del presidio ospedaliero « S. Francesco » di Nuoro.**

Mara LAPIA (M5S) illustra l'interrogazione in titolo, ponendo in evidenza la

difficile condizione dei pazienti del presidio ospedaliero « S. Francesco » di Nuoro, a causa in primo luogo delle carenze relative alla dotazione di personale.

Il sottosegretario Maurizio FUGATTI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Mara LAPIA (M5S), replicando, si dichiara non soddisfatta a causa dell'imprecisione dei dati forniti dall'amministrazione regionale. Segnala, in proposito, il non completamento delle previste procedure di assunzione e i disagi causati a numerosi pazienti dalla chiusura della camera iperbarica dell'ospedale in questione, per effetto dell'assenza per ferie dei medici addetti. Ricorda, inoltre, di avere attivato l'intervento del prefetto per trovare una soluzione al blocco delle sale operatorie conseguente alla mancanza di alcune figure professionali.

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

**La seduta termina alle 15.**

**SEDE CONSULTIVA**

*Martedì 10 luglio 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

**La seduta comincia alle 15.**

**DL 55/2018: Ulteriori misure urgenti a favore delle popolazioni dei territori delle Regioni Abruzzo, Lazio, Marche ed Umbria, interessati dagli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016.**

**C. 804 Governo, approvato dal Senato.**

(Parere alla VIII Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Francesca TROIANO (M5S), *relatrice*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alla VIII Commissione (Ambiente, Territorio e Lavori pubblici) il prescritto parere, per le parti di competenza, sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 55 del 2018, approvato dal Senato, recante ulteriori misure urgenti a favore delle popolazioni dei territori delle Regioni Abruzzo, Lazio, Marche ed Umbria, interessati dagli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016.

Fa presente che, salvo eventuali ulteriori modifiche che dovessero essere apportate al testo trasmesso dal Senato, nel corso dell'esame presso la Commissioni competente in sede referente ovvero in Assemblea, allo stato attuale l'unica disposizione che sembrerebbe investire le competenze della Commissione Affari sociali è rappresentata dall'articolo 03, introdotto dal Senato.

Tale disposizione prevede che i contributi per gli interventi di ricostruzione e di recupero degli immobili privati distrutti o gravemente danneggiati siano concessi anche per le finalità di adeguamento antincendio e di eliminazione delle barriere architettoniche.

Fa presente che, in particolare, la lettera *a)* del comma unico dell'articolo 03 interviene sulla lettera *a)* dell'articolo 6, comma 1, del decreto-legge n. 189 del 2016, prevedendo che le superfici preesistenti degli immobili distrutti da ricostruire siano aumentabili anche in ragione delle finalità sopra richiamate. Segnala che la norma vigente consente la possibilità di andare oltre i limiti delle superfici preesistenti, nell'ambito della ricostruzione, esclusivamente ai fini dell'adeguamento igienico-sanitario ed energetico. La

disposizione in esame prevede l'aumento di tali superfici anche per le finalità di adeguamento antincendio e dell'eliminazione delle barriere architettoniche.

La successiva lettera *b)* novella la lettera *c)* del medesimo articolo 6 del decreto-legge n. 189 del 2016, prevedendo che il contributo pari al 100 per cento del costo degli interventi sulle strutture per gli immobili gravemente danneggiati sia concesso anche per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per l'adeguamento energetico ed antincendio.

Al riguardo, osserva che la norma vigente prevede la concessione di un contributo pari al 100 per cento del costo degli interventi sulle strutture, con miglioramento sismico, compreso l'adeguamento igienico-sanitario, per il ripristino degli elementi architettonici esterni comprese le rifiniture interne ed esterne e delle parti comuni dell'intero edificio. Precisa quindi che, con la novella in esame, nell'ambito delle finalità di miglioramento sismico sono inclusi anche l'adeguamento energetico e antincendio e l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Massimo Enrico BARONI (M5S) chiede alla presidenza se la Commissione debba addivenire all'espressione del parere di competenza nella seduta odierna.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, fa presente che nella seduta già convocata per il giorno successivo potranno avere luogo eventuali interventi di deputati nonché la deliberazione del parere sul provvedimento in titolo.

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.05.**

## ALLEGATO 1

**5-00111 Cecconi: Iniziative volte alla regolamentazione dell'utilizzo e della vendita della cosiddetta *cannabis light*.****5-00116 Bellucci: Iniziative volte a bloccare vendita dei prodotti a base di *cannabis* a basso contenuto di *Thc*.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Rispondo congiuntamente alle interrogazioni degli Onorevoli Cecconi e Bellucci poiché le stesse vertono sulla medesima materia, sostanziandosi, pur dopo premesse in parte differenti, in un pressoché identico quesito rivolto al Ministero della salute.

Voglio, innanzitutto, ringraziare gli interroganti poiché, con i loro atti ispettivi, mi consentono di fare chiarezza su una tematica che ha ricevuto notevole attenzione mediatica, dalla quale, tuttavia, non è emersa a sufficienza la obiettiva complessità del fenomeno.

Corrisponde a verità la circostanza che l'origine e la diffusione del fenomeno sia stata, di fatto, favorita dalle disposizioni contenute nella legge n. 242 del 2016.

Si deve, tuttavia, precisare che detto intervento normativo fa riferimento ad una pluralità di impieghi che difficilmente possono essere ricondotti all'offerta commerciale di fatto proposta dai tanti, nuovi esercizi diffusisi in questi ultimi mesi.

Una disposizione, in particolare, della legge n. 242/2016 risulterebbe essere all'origine del fenomeno: ci si riferisce all'articolo 4, comma 5, il quale se, da un lato, introduce effettivamente una scriminante per la condotta dell'agricoltore che detenga piante di canapa risultate ai controlli con un contenuto di THC superiore allo 0,2 per cento ed entro il limite dello 0,6 per cento, dall'altro, nulla dispone in merito all'eventuale destinazione d'uso delle infiorescenze che rientrino entro detto *range*: una scriminante, questa,

orientata, nell'intenzione del legislatore, solo ad esonerare di qualsivoglia responsabilità penale il coltivatore che, in buona fede, vedesse, ad esempio per effetto di agenti atmosferici, accrescere il contenuto di THC nelle proprie coltivazioni.

È, dunque, sulla base solo di una delle molteplici interpretazioni delle norme della legge n. 242, che il fenomeno di cui si è detto dianzi viene asseritamente definito quale « *cannabis legale* »: ciò anche in ragione della circostanza che tali prodotti – per quanto offerti al pubblico come vagamente riconducibili agli impieghi previsti dalla legge n. 242/2016 ed in quanto non bisognevoli delle autorizzazioni previste dal decreto del Presidente della Repubblica 309/1990 – sono venduti senza che ne sia indicata alcuna modalità di utilizzo o di assunzione (essi, infatti, vengono presentati talora come « oggetti da collezione », talaltra come materiale « industriale » o « tecnico »).

La complessità del quadro sopra delineato ha, dunque, determinato questo Dicastero – posto nella obiettiva difficoltà di individuare eventuali profili di rischio connessi agli impieghi ed alle modalità di utilizzo concretamente adottati dai consumatori – a richiedere l'autorevole parere del Consiglio superiore di sanità.

Va tuttavia ricordato che il Consiglio superiore di sanità si è esclusivamente espresso nel senso della potenziale pericolosità dei prodotti presentati alla ven-

dita quali « *cannabis* » o « *cannabis light* » o « *cannabis leggera* », evidenziando la estrema variabilità degli effetti che un utilizzo privo di prescrizioni – e, pertanto, privo di limiti di quantità oltre che di indicazioni sulle modalità di assunzione – può determinare da soggetto a soggetto.

In ogni caso, ritengo corretto segnalare che si deve al Ministro Grillo la decisione di rendere pubblico, alla luce della delicatezza della materia che non può essere confusa con una banalizzazione della problematica, nell'ottica del principio di massima trasparenza cui questo Governo tiene moltissimo, la versione integrale del parere del Consiglio superiore di sanità, del quale erano stati resi noti, fino al quel momento, solo alcuni passaggi parziali, tali da non agevolare una piena comprensione del complesso fenomeno.

A fronte delle valutazioni del Consiglio Superiore di sanità, le quali risultano improntate – come è giusto che sia – al principio di massima precauzione, il Ministero, come noto, ha chiesto un parere all'Avvocatura Generale dello Stato in or-

dine alle iniziative che, sulla base dell'ordinamento vigente, sia lecito adottare.

La complessità del fenomeno, tuttavia, è confermata anche dalla circostanza che, la medesima Avvocatura ha ritenuto opportuno integrare l'istruttoria al fine di acquisire ulteriori elementi dagli altri Dicasteri competenti istituzionalmente.

Comunico, inoltre che, nelle more dell'acquisizione del cennato parere, il Ministro della salute, il 28 giugno scorso, ha ritenuto opportuno investire anche l'Istituto Superiore di Sanità per ottenerne l'avviso in ordine agli eventuali profili di rischio per la salute pubblica ed individuale connessi agli impieghi e alle modalità di utilizzo dei prodotti in parola.

In conclusione, voglio rassicurare gli interroganti, che il Ministero della salute, non appena avrà acquisito i pareri richiesti, valuterà prontamente le iniziative idonee a tutelare la salute individuale e collettiva, se del caso anche attraverso la definizione di un nuovo quadro regolativo e normativo del fenomeno, il quale, per la sua obiettiva complessità, potrebbe investire anche profili di competenza di altri Dicasteri.

## ALLEGATO 2

**5-00112 Panizzut: Utilizzo diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Innanzitutto, voglio scusarmi per l'estremo tecnicismo degli elementi che mi appresto a fornirvi: ciò, tuttavia, è dovuto allo stesso tenore del quesito postomi, che impone una risposta dettagliata e, appunto, tecnica.

Come correttamente indicato dagli Onorevoli interroganti, l'articolo 3, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 542/1994, dispone testualmente che « Le apparecchiature R.M. "settoriali" – dedicate, cioè, agli arti – utilizzando elettromagneti e/o magneti permanenti o misti, con valori di campo statico di induzione magnetica non superiori a 0,5 Tesla, non sono soggette a autorizzazione all'installazione ed all'uso ».

Il comma 3 dello stesso articolo 3, aggiunge che dette apparecchiature possono essere installate in tutte le strutture sanitarie pubbliche o private, comprese quelle non dotate del servizio di radiologia diagnostica.

In caso di apparecchiature diagnostiche RMN « settoriali », la normativa prevede, dunque, che la struttura sanitaria (privata o pubblica) che intenda installare tale tipologia di apparecchiatura non debba chiedere un'autorizzazione specifica all'installazione, essendo solo obbligata a dare comunicazione alle autorità competenti (Ministero della salute, Regione, INAIL ed Istituto Superiore di Sanità) dell'inizio dell'attività.

Questo tipo di apparecchiature RMN settoriali sono, pertanto, le uniche che non necessitano di preventiva autorizzazione per poter essere installate, mentre le ap-

parecchiature RMN che effettuano l'esame diagnostico per tutti i segmenti del corpo sono soggette ad autorizzazione.

Il progresso della tecnologia di settore consente attualmente ai fabbricanti di apparecchiature RMN di mettere in commercio altre RMN denominate anch'esse « settoriali » – e, dunque, dedicate allo studio degli arti e con campo magnetico che non superi 0,5 Tesla – ma che consentono anche l'esplorazione di altri distretti corporei, in particolare la spalla, l'anca ed il rachide vertebrale.

Il fabbricante mette a disposizione dello specialista radiologo un mezzo diagnostico sicuro ed idoneo, come qualità di immagine e destinazione d'uso, anche allo studio di altri segmenti oltre agli arti, ma tali apparecchiature pongono effettivamente una problematica di autorizzazione preventiva dell'installazione.

Infatti, nel decreto del Presidente della Repubblica n. 542/1994, il testo non sembra lasciare dubbi in merito alla tipologia di RMN che la normativa abbia ritenuto di esonerare da una preventiva autorizzazione di autorità sanitaria: apparecchiature settoriali – dedicate agli arti.

Va da sé che le apparecchiature RMN di nuova generazione sopra descritte non possano essere considerate come settoriali propriamente dette, ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 542/1994, beneficiando così dell'esonero dell'autorizzazione.

Peraltro, è noto anche a questa Amministrazione che un'interpretazione più estensiva del significato di RMN settoriali data nel tempo da alcune amministrazioni regionali, ha prodotto una situazione non

uniforme sul territorio nazionale. Alcune Regioni infatti, anche con apposite leggi regionali, hanno consentito l'installazione delle RMN settoriali di nuova generazione

Proprio al fine di stabilire « *standards* » di sicurezza ed impiego per le apparecchiature RMN, il Ministero della Salute ha attivato, nel novembre 2017, un tavolo tecnico di esperti di settore in risonanza magnetica, che ha approvato un documento tecnico finalizzato all'adozione di nuovi riferimenti aggiornati all'evoluzione tecnologica del settore ed alla contestuale abrogazione dei vetusti « *standard* di sicurezza ».

Tale documento recepisce le varie istanze innovative provenienti sia dal mondo scientifico nazionale ed internazionale per gli aspetti di sicurezza in ambito RMN, sia dalle aziende produttrici di dispositivi medici per la coerenza con la Direttiva 93/42/CEE, sia dagli organi di vigilanza per gli aspetti connessi alle installazioni ed impianti RMN, sia per l'organizzazione operativa funzionale all'ottenimento della miglior prestazione diagnostica possibile.

Con tale documento, che ha acquisito i pareri favorevoli dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'INAIL e del Consiglio Superiore di Sanità, e che è attualmente in attesa del parere della Conferenza Stato-Regioni, è stata fornita un'interpretazione univoca ed unanime delle apparecchiature RMN settoriali: solo quelle settoriali propriamente dette (dedicate esclusivamente allo studio degli arti) potranno essere esonerate dalla richiesta di autorizzazione alla competente Regione, proprio per consentire a quest'ultima di espletare la prevista prerogativa di programmazione che la normativa (decreto del Presidente della Repubblica n. 542/1994, articolo 5, comma 2) riserva in ambito di apparecchiature RMN che eseguono anche lo studio di altri distretti corporei diversi dagli arti.

Dopo che sarà stato acquisito il citato parere della Conferenza Stato-Regioni, le predette indicazioni costituiranno, pertanto, un punto di chiarificazione definitivo sulla problematica rappresentata, consentendo una omogenea applicazione della normativa in parola su tutto il territorio nazionale.



## ALLEGATO 3

**5-00113 Novelli: Erogazione di farmaci da parte degli operatori socio-sanitari.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è stata definita nell'ambito dell'Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome del 22 febbraio 2001.

In particolare, l'Operatore socio-sanitario, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale regionale, svolge attività indirizzata a soddisfare bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario.

Detto Accordo, oltre alle attività e alle specifiche competenze della figura in esame, individua anche gli obiettivi del relativo percorso formativo attraverso corsi di mille ore, la cui organizzazione è stata interamente demandata alle Regioni e alle Province Autonome, cui compete l'istituzione dei corsi medesimi e l'individuazione del numero dei posti disponibili sulla base del fabbisogno regionale annualmente determinato.

Per quanto attiene alle attività previste per l'Operatore Socio Sanitario, si precisa che le stesse sono definite dettagliatamente dagli allegati A e B del citato Accordo Stato-Regioni.

Preciso che tra le competenze ascrivibili a tale Operatore, non è prevista la somministrazione della terapia farmacologica al paziente, potendo l'Operatore Socio Sanitario soltanto: «aiutare – in sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del Personale preposto – per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso».

Per la tipologia di formazione e le competenze attribuite, l'Operatore Socio Sanitario, a seguito degli interventi legislativi nel settore delle professioni sanitarie, è ritenuto, secondo il Ministero della salute, far parte della categoria dell'Operatore di interesse sanitario, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 2006, n. 43, ed in quanto tale non assimilabile alle professioni sanitarie, che conseguono un'abilitazione all'esercizio professionale all'esito di un corso triennale universitario.

Peraltro, l'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito con modificazioni, nella legge 8 gennaio 2002, n. 1 recante «Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario», ha previsto che, con apposito Accordo, venisse disciplinata per l'Operatore Socio Sanitario la formazione complementare in assistenza sanitaria, al fine di consentire a detto Operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere autonomamente alcune attività, assistenziali, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

In attuazione di tali previsioni normative, si è reso dunque necessario completare il profilo dell'Operatore Socio Sanitario con una formazione complementare in assistenza sanitaria, che è stata disciplinata con l'Accordo siglato in data 16 gennaio 2003 tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province Autonome.

L'Operatore Socio Sanitario, che con formazione complementare acquisisce una sua « specializzazione », conseguendo un attestato che gli consente di collaborare con l'infermiere e con l'ostetrica nello svolgimento di alcune attività assistenziali, nell'ambito, comunque, dei limiti ben individuati dall'Accordo medesimo.

Nell'allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003, in particolare, è previsto che l'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria: « è in grado di eseguire la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione ».

Inoltre, egli è in grado di eseguire: « la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione ».

Pertanto, in conclusione, si deve rimarcare che i compiti e le funzioni dell'Operatore Socio Sanitario e dell'OSSS (OSS specializzato) all'interno delle organizzazioni aziendali, devono in ogni caso essere coerenti con le disposizioni ora citate.

Preciso, comunque, che sulla base della normativa sopra esposta, tali compiti non possono confondersi con quelli ascrivibili alla professione sanitaria di Infermiere, che in qualità di responsabile dell'assistenza generale deve sovrintendere in ogni caso alle attività dell'Operatore Socio Sanitario e dell'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare.

Nell'ambito dell'Ordinamento Costituzionale vigente, resta, peraltro, affidato alle Regioni il compito di assicurare che in ciascuna realtà organizzativa venga data piena attuazione al quadro normativo di riferimento sopra descritto.

Occorre, infine, segnalare che l'istituzione di una specifica area delle professioni socio-sanitarie all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, trova oggi pieno riconoscimento attraverso l'articolo 5 della legge n. 3 del 2018, il quale rinvia ad uno o più Accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni l'individuazione di nuovi profili professionali socio-sanitari.

L'individuazione di tali nuovi profili, il cui esercizio deve essere riconosciuto in tutto il territorio nazionale, dovrà avvenire in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Patto per la salute e nei Piani sanitari e socio-sanitari regionali.

Il medesimo articolo 5 stabilisce inoltre che: « sono ricompresi nell'area professionale socio-sanitaria i preesistenti profili professionali di operatore socio-sanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale ».

Peraltro, l'istituzione dell'area socio-sanitaria è prevista anche nel nuovo CCNL Comparto sanità 2016-2018, che demanda ad una specifica Commissione paritetica tra Aran e Parti firmatari, l'individuazione del personale da collocare in essa.

A tal riguardo, voglio rimarcare che il Ministero della salute avvierà approfondimenti con le Regioni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 della legge n. 3 del 2018.

Da ultimo, con riferimento specifico ai fatti rappresentati nell'interrogazione parlamentare in esame, nulla risulta agli atti della competente Direzione Generale di questo Ministero.

Concludo assicurando che il Ministero della salute, nell'ambito dei propri poteri di vigilanza, è sempre pronto ad attivare i Carabinieri-NAS, ogni qualvolta pervengano segnalazioni e/o esposti relativi a casi di esercizio abusivo di professioni sanitarie.

## ALLEGATO 4

**5-00114 Carnevali: Iniziative volte a tenere sotto controllo la gestione delle liste d'attesa.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La tematica in esame è, tuttora, disciplinata dal « Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 »: un documento evidentemente risalente nel tempo, il cui aggiornamento, purtroppo, non è ancora venuto a definizione, costituendo una eredità della precedente legislatura.

Anche per questo motivo, il Ministro Grillo, tra i primi atti del suo insediamento, è voluta intervenire con una specifica iniziativa rivolta alle Regioni, di cui gli Onorevoli interroganti sono a conoscenza: motivo per il quale se ne rende inutile ripetere i contenuti.

Mi concentrerò, allora, come richiesto dai colleghi interroganti, sui contenuti del nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2018-2020, la cui attività di aggiornamento sta proseguendo a cura del Tavolo Tecnico costituito da rappresentanti ed esperti del Ministero della salute, Regioni e Province Autonome, Agenas, Istituto Superiore di Sanità e « Cittadinanza Attiva ».

Obiettivo principale del nuovo Piano è quello di assicurare la condivisione di un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, sia nella fase di prenotazione che di erogazione, nonché la trasparenza riguardo alle informazioni relative alle liste di attesa e alle modalità di prenotazione.

Nello specifico, volendo anticipare i contenuti del PNGLA 2018-2020, attualmente in istruttoria, desidero rimarcare che sarà affermato il principio che nel

caso di mancata esplicitazione dei tempi massimi di attesa nei Piani regionali, dovranno comunque essere rispettati i parametri temporali determinati nel Piano nazionale.

Il PNGLA 2018-2020 fornirà, inoltre, l'elenco preciso delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi, le cui risultanze, nell'ottica della massima trasparenza, saranno pubblicati periodicamente nel portale del Ministero della salute.

Inoltre, verrà confermato l'obbligo di indicare sulla prescrizione il codice della classe di priorità, il quesito diagnostico e se si tratta di prime visite/prime prestazioni diagnostiche ovvero di accesso successivo.

È importante che nelle prescrizioni sia chiaro, infatti, se si tratta di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il Servizio Sanitario Nazionale) o in accesso successivo al primo (seconda visita, ulteriore indagine reputata necessaria al fine di approfondimento e del completamento dell'*iter* diagnostico e conseguente alla prestazione inizialmente richiesta).

Le Aziende Sanitarie dovranno, inoltre, prevedere la possibilità di prenotare l'appuntamento direttamente, senza rimandare la prescrizione al Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta.

Il nuovo Piano evidenzierà il diritto a che nei Piani regionali vengano riportate le modalità alternative di accesso alle prestazioni, nel caso in cui le stesse non

possano essere garantite, con l'ordinaria offerta aziendale, nei tempi massimi di attesa individuati.

Le Regioni, nei loro Piani regionali, dovranno provvedere ad un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata per conto e a carico delle Aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche, nonché alla verifica ed al controllo delle prestazioni erogate in libera professione a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicate.

Tra gli strumenti di governo della domanda, saranno promossi modelli gestionali, da attuarsi previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, tra cui i « Raggruppamenti di Attesa Omogenea-RAO » per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, che prevedono il coinvolgimento di soggetti/medici prescrittori ed erogatori.

Tra gli strumenti di governo dell'offerta, vi sarà l'implementazione della capacità erogativa, in relazione alle risorse disponibili e nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, ad esempio, l'estensione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate.

Desidero rimarcare che il nuovo Piano sarà improntato alla gestione trasparente ed alla totale visibilità delle agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche, includendo tutta

l'attività erogata, compresa quella in regime ALPI: il Centro Unico di Prenotazione deve gestire in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate.

Riguardo la presa in carico del paziente e dei suoi bisogni, le Regioni e Province Autonome definiranno specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali PDTA (sia in ambito ospedaliero che territoriale) correlati alle patologie di maggior impatto (oncologiche e cardio-vascolari, nell'ambito della cronicità) e ne cureranno l'implementazione, fornendo precise indicazioni nei propri Piani regionali di governo delle liste di attesa (PRGLA).

In definitiva, il nuovo Piano stabilirà il principio per cui la fornitura di servizi in tempi congrui e rispondenti ai bisogni dei cittadini rientra tra i principali criteri di valutazione in merito alla attività delle Regioni, nel momento in cui queste intendano accedere al maggior finanziamento del SSN.

I dati richiesti rappresenteranno, dunque, un parametro obiettivo, di natura tecnica e organizzativa, in grado di misurare l'effettivo impegno delle Regioni nel garantire l'erogazione di prestazioni entro tempi appropriati alle condizioni cliniche dei pazienti.

Concludo rassicurando gli Onorevoli interroganti che la soluzione dell'annosa e complessa questione delle liste di attesa rappresenta una priorità per il Ministro della salute, come peraltro indicato nel contratto di governo, e che le relative iniziative potranno già essere attuate nell'ambito delle risorse complessivamente a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale.

ALLEGATO 5

**5-00115 Lapia: Sulla situazione del presidio ospedaliero  
« S. Francesco » di Nuoro.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli onorevoli interroganti per il quesito posto con l'interrogazione in esame ed illustro le notizie acquisite da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sardegna, cui, come noto, compete l'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio.

L'Assessorato ha inteso, innanzitutto, precisare che nessun taglio è previsto nel 2018 in Sardegna nei confronti del personale sanitario, in quanto dopo due anni di riduzione del « *turn over* », le Aziende Sanitarie potranno ricoprire, entro quest'anno, il 100 per cento delle cessazioni dal Servizio.

Sempre secondo il predetto Assessorato, il processo di stabilizzazione e le nomine in ruolo per circa 1500 dipendenti, stanno determinando un certo rallentamento temporaneo, che si sta risolvendo in questi giorni.

In particolare, per quanto riguarda una « *dismissione delle principali funzioni dei reparti del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro e la carenza del personale addetto* » è stato qui riferito che al momento risulta pianificata una riduzione/sospensione programmata di attività ambulatoriali o di sala operatoria, nei mesi di luglio ed agosto, in relazione al « *piano ferie* », predisposto al fine di consentire il godimento di un adeguato periodo di riposo, per tutto il personale della dirigenza e del comparto, nell'arco temporale compreso tra il 15 giugno-30 settembre.

Nel frattempo, la competente Direzione aziendale è impegnata ad assicurare le sostituzioni di personale del comparto assente per lunghi periodi tramite assunzioni a tempo determinato, nonché attraverso la

proroga dei contratti in scadenza nei prossimi mesi e l'acquisizione del personale su posto vacante o in sostituzione.

È stata inoltre data assicurazione che viene tenuto sotto costante monitoraggio il rispetto della normativa sull'organizzazione del lavoro, non risultando tendenzialmente, finora, violazioni per riduzione dei periodi di riposo (11 ore tra un turno e l'altro) relativamente al personale del comparto.

Per quanto concerne il Pronto Soccorso, con 32.000 passaggi annui (e tempi di attesa migliori rispetto a quelli del 2017), al momento risultano in servizio un numero di medici sufficiente ad assicurare la copertura dei turni, con n. 2 medici e n. 5 infermieri per turni diurni e n. 4 notturno, stante il personale assente per ferie, infortunio e pensionamento.

In relazione alle criticità segnalate per la Unità Operativa di Ostetricia-Ginecologia, determinate dall'assenza non programmata di 3 ostetriche, in attesa del reclutamento di personale in sostituzione, si è ritenuto opportuno, così come già accaduto anche nel recente passato, avvalersi della collaborazione degli Infermieri strumentisti del Blocco Operatorio, in particolare dell'equipe A2, che si occupa di chirurgia elettiva e d'urgenza per Urologia e Ginecologia: ciò al fine di garantire la massima sicurezza per utenti e professionisti nel Punto nascita e nello stesso Blocco Operatorio.

A tal proposito, viene precisato che né il profilo professionale, né il codice deontologico impediscono all'infermiere e all'Ostetrica il supporto all'attività operatoria nella gestione del parto cesareo.

L'assenza delle 3 ostetriche ha inevitabilmente comportato una ricalendarizzazione delle attività; tuttavia l'Assessorato ha voluto sottolineare l'impegno dell'intera struttura finalizzato a ridurre i disagi, per cui va riconosciuto in particolare il lavoro degli operatori sanitari interessati, fermo restando che non sussiste alcun pregiudizio per la sicurezza dei pazienti.

La Direzione ATS Sardegna/ASSL Nuoro è, inoltre, impegnata in un piano di riorganizzazione delle attività, con una specifica attenzione proprio alle problematiche della sicurezza di pazienti e operatori, e che – con il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e l'acquisizione di ulteriori risorse – consentirà al Presidio Ospedaliero San Francesco, in sinergia con Azienda Ospedaliera « Brotzu » e Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, di svolgere appieno il suo ruolo di « terzo polo » sanitario regionale nella rete dell'emergenza-urgenza per le patologie tempo-dipendenti.

In relazione alla riferita mancanza di farmaci necessari ed essenziali a garantire

i livelli minimi di cura dei pazienti, l'Assessorato ha ammesso che il sistema di approvvigionamento ha registrato qualche criticità in passato, tuttavia compensata tra le varie Aree.

In relazione al presunto non utilizzo di macchinari per assenza di personale, l'Assessorato ha riferito che si sono verificate parziali assenze programmate del personale su parziali funzioni specifiche, ma questo non è in alcun modo riconducibile alla volontà di depotenziare servizi e prestazioni del P.O. « San Francesco » di Nuoro.

In conclusione, desidero assicurare gli onorevoli interroganti che in esito ad una più accurata analisi dei dati e delle informazioni che sono stati raccolti specificamente per questo atto ispettivo, il Ministero valuterà le opportune iniziative finalizzate a tutelare il livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti dall'Ospedale San Francesco di Nuoro, a migliore tutela della cittadinanza servita da tale presidio ospedaliero.