

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-00011 Paita: Realizzazione del nuovo nosocomio nel territorio comunale di La Spezia .	166
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i>	172
5-00025 Rizzetto e 5-00026 Carnevali: Inserimento dell'acufene tra le malattie invalidanti .	167
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i>	174
5-00210 Bologna: Iniziative per garantire l'incolumità del personale sanitario	167
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i>	176

SEDE CONSULTIVA:

DL 86/2018: Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità. C. 1041 Governo, approvato dal Senato (Parere alla I Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>)	167
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	171

INTERROGAZIONI

Mercoledì 1° agosto 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Maurizio Fugatti.

La seduta comincia alle 14.05.

5-00011 Paita: Realizzazione del nuovo nosocomio nel territorio comunale di La Spezia.

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

Raffaella PAITA (PD), replicando, ritiene utile precisare preliminarmente che l'esigenza di realizzare un nuovo ospedale a La Spezia è avvertita da oltre un trentennio, ricordando che le attuali strutture

sono del tutto inadeguate per una città di quasi 100.000 abitanti.

Invita, quindi, il Governo a dare concreta attuazione all'impegno di monitorare, pur nel rispetto delle competenze regionali, lo stato di avanzamento dei lavori per la nuova struttura, anche in ragione del fatto che le risorse utilizzate sono di provenienza statale.

Dichiara di non condividere il cauto ottimismo che sembra emergere dal contenuto della risposta fornita dal sottosegretario, ottimismo che risulta in contrasto con la realtà dei fatti, posto che i lavori sono fermi da mesi e che vi è stata mancanza di trasparenza in relazione alle ragioni tecniche di tale sospensione. Ribadisce che l'attuale situazione di stallo provoca gravissimi disagi all'utenza e determina un aggravio di costi causato dalla necessità di effettuare interventi di manutenzione per strutture inadeguate.

5-00025 Rizzetto e 5-00026 Carnevali: Inserimento dell'acufene tra le malattie invalidanti.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che le interrogazioni in titolo, vertendo sulla stessa materia, saranno svolte congiuntamente.

Il sottosegretario Maurizio FUGATTI risponde alle interrogazioni in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Marcello GEMMATO (FdI), in qualità di cofirmatario dell'interrogazione Rizzetto 5-00025, replicando, si dichiara favorevolmente sorpreso dalla visione complessiva del disturbo dell'acufene contenuta nella risposta, rilevando tuttavia l'assenza di un approccio sistemico all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) rispetto ad una patologia che colpisce percentuali molto significative della popolazione italiana.

Nel ribadire il proprio apprezzamento per il quadro informativo fornito dal Governo, rileva come punto critico la mancanza di risorse adeguate per la cura di una patologia così invalidante.

Elena CARNEVALI (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta della risposta. In qualità di relatrice, nella passata legislatura, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, ricorda che in tale sede, tenuto conto dell'inopportunità di proporre modifiche successive all'intesa raggiunta tra il Governo e le regioni, si convenne, per senso di responsabilità, di richiedere aggiustamenti solo in fase di predisposizione della proposta di primo aggiornamento dei LEA. Tra le condizioni approvate, rientrava quella relativa al riconoscimento dell'acufene come malattia cronica.

Sottolinea che l'atto di sindacato ispettivo da lei presentato sollecita l'adozione di un'iniziativa in tal senso, evidenziando che l'acufene, che colpisce una quota di popolazione che oscilla tra il 5 e il 20 per cento, rappresenta una patologia che incide fortemente sulla qualità della vita delle persone.

Dichiara, quindi, che il suo gruppo continuerà ad impegnarsi su questo tema, anche al fine di alleviare le spese a carico dei pazienti.

5-00210 Bologna: Iniziative per garantire l'incolumità del personale sanitario.

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

Fabiola BOLOGNA (M5S), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, ritenendo utile evidenziare due aspetti. Il primo riguarda l'esigenza di prevedere forme di procedibilità di ufficio per le aggressioni al personale sanitario, posto che attualmente la maggior parte dei casi non viene denunciata, in particolare quando si verificano in contesti ambientali difficili.

Ricordando, quindi, la frequenza con cui si manifesta un fenomeno assai grave, di cui sono vittima in larga parte donne, rileva, come secondo aspetto, l'importanza di effettuare adeguate campagne informative, coinvolgendo su tale obiettivo le strutture dirigenziali dei presidi sanitari.

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

La seduta termina alle 14.35.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 1° agosto 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.

La seduta comincia alle 14.35.

DL 86/2018: Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità.

C. 1041 Governo, approvato dal Senato.

(Parere alla I Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che la discussione sulle linee generali in Assemblea sul provvedimento in titolo è prevista per venerdì 3 agosto e che le votazioni avranno luogo da lunedì 6 agosto.

Pertanto, la XII Commissione dovrà esprimere il parere alla I Commissione (Affari costituzionali) entro la seduta già calendarizzata per domani, giovedì 2 agosto, per consentire alla Commissione di merito di concluderne l'esame in sede referente.

Celeste D'ARRANDO (M5S), *relatrice*, fa presente che la Commissione è chiamata ad esprimere alla I Commissione (Affari costituzionali) il prescritto parere, per le parti di competenza, sul disegno di legge di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 86 del 2018 (C. 1041), recante disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità.

Osserva che il provvedimento in oggetto, approvato nella giornata di ieri dal Senato, si compone di 8 articoli, compresa l'entrata in vigore. Precisa quindi che, per quanto riguarda le competenze della Commissione Affari sociali, le disposizioni da prendere in considerazione sono quelle recate dall'articolo 3, afferenti al riordino delle funzioni di indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio dei ministri in materia di famiglia, adozioni, infanzia e adolescenza, disabilità.

Come sottolineato dalla Relazione al provvedimento, «l'intervento normativo in esame è volto a raccordare alcune competenze, proprie della materia della famiglia, al fine di rendere maggiormente sistematica e coerente la relativa disciplina, ricomprendendovi anche i profili relativi alle adozioni, nazionali e internazionali, nonché un più ampio novero di competenze attinenti all'infanzia e all'adolescenza». Inoltre, come ancora rilevato dalla Relazione, l'articolo disciplina «il

trasferimento in capo alla Presidenza del Consiglio dei ministri delle funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di politiche in favore delle persone con disabilità, al fine di delineare un quadro coordinato e armonico degli interventi per la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità».

Al riguardo, ricorda che con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 giugno 2018 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 5 luglio 2018) è avvenuta la delega di funzioni al Ministro per la famiglia e le disabilità. Ora, ai sensi del comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge in esame, viene individuato un complesso di funzioni spettanti – in parte in base alle norme, già vigenti, recate dal predetto decreto, in parte in base a trasferimenti di competenza disposti dallo stesso comma 1 – al Presidente del Consiglio dei ministri ovvero al Ministro delegato per la famiglia e le disabilità.

Entrando nel merito, rileva che le funzioni di cui alla lettera a) del comma 1 attengono alle politiche per la famiglia. In particolare, quelle che attualmente spettano ad altre Amministrazioni e vengono così trasferite sono: le funzioni statali finora di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali in materia di coordinamento delle politiche volte alla tutela dei diritti e alla promozione del benessere della famiglia, di interventi per il sostegno della maternità e della paternità, di conciliazione dei tempi di lavoro e dei tempi di cura della famiglia, di misure di sostegno alla famiglia, alla genitorialità e alla natalità, anche al fine del contrasto della crisi demografica, la gestione delle risorse finanziarie relative alle politiche per la famiglia e per il sostegno alla natalità (in particolare, gestione del Fondo per le politiche della famiglia e del Fondo di sostegno alla natalità) nonché le funzioni statali finora di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali concernenti la carta della famiglia, di cui all'articolo 1, comma 391, della legge n. 208 del 2015. A quest'ultimo riguardo, il successivo comma 2 dell'articolo 3 prevede che i decreti di attuazione siano

emanati dal Presidente del Consiglio ovvero dal Ministro delegato per la famiglia e le disabilità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Ministro dello sviluppo economico.

Le lettere *b)* e *c)* del comma 1 confermano le funzioni della Presidenza del Consiglio – ovvero, come detto, del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità – in materia, rispettivamente, di adozione di minori e di politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Riguardo alla seconda materia, inoltre, la lettera *c)*: prevede che le relative funzioni di indirizzo e coordinamento da parte dei suddetti soggetti riguardino anche lo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, fatte salve le competenze del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca; attribuisce in via esclusiva al Presidenza del Consiglio (o al suddetto Ministro delegato) le funzioni del Governo inerenti all'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ed al Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia e l'adolescenza; trasferisce, nell'ambito della Presidenza del Consiglio, dal Dipartimento per le pari opportunità al Dipartimento per le politiche della famiglia, le funzioni inerenti all'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile; introduce la previsione che la Presidenza – ovvero il suddetto Ministro delegato – esprima il concerto sui decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di riparto del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

La lettera *d)* del comma 1 prevede che il Presidente del Consiglio – ovvero, come detto, il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità – eserciti le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di politiche in favore delle persone con disabilità, anche con riferimento a quelle per l'inclusione scolastica, l'accessibilità e la mobilità, fatte salve le competenze dei dicasteri ivi menzionati. In merito, il numero 1) della lettera *a)* del successivo comma 4 trasferisce dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali al Presidente o Ministro delegato suddetti il coordina-

mento dell'attività delle Amministrazioni dello Stato competenti a conseguire gli obiettivi della legge n. 104 del 1992 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e i compiti di promozione di politiche di sostegno per le persone con disabilità e di verifica dell'attuazione della legislazione vigente in materia.

La medesima lettera *d)* del comma 1, inoltre, introduce la previsione per cui la Presidenza del Consiglio o il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità: si avvalgano dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (tale organismo – incardinato, nella normativa finora vigente, presso il Dicastero del lavoro e delle politiche sociali – viene trasferito, in base alle novelle di cui alla lettera *c)* del successivo comma 4, presso la Presidenza del Consiglio); esprimano il concerto nell'adozione degli atti normativi di competenza del Ministero della salute relativi alla promozione dei servizi e delle prestazioni resi dal Servizio sanitario nazionale in favore delle persone con disabilità, fatto salvo quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza; esprimano il concerto nell'adozione degli atti di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali relativi al Fondo per il diritto al lavoro dei disabili, di cui all'articolo 13 della legge n. 68 del 1999; gestiscano il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare, la cui dotazione viene trasferita dallo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali al bilancio della Presidenza medesima. Riguardo a quest'ultimo Fondo, la lettera *f)* del successivo comma 4 opera una modifica sostanziale della disciplina. Nella normativa finora vigente, il Fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi intesi al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare. La novella di cui alla lettera *f)* prevede invece che la dotazione del Fondo (confermata in 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018-2020) sia desti-

nata ad interventi in materia adottati secondo i criteri e le modalità stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio, ovvero del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Conferenza unificata.

I commi da 2 a 6 dell'articolo 3 recano novelle, abrogazioni e norme di coordinamento, in relazione alle previsioni di cui al comma 1 dell'articolo 3, appena illustrate.

In particolare, il comma 4 dell'articolo 3, alla lettera *a*), concerne ulteriori competenze trasferite dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali al Presidente del Consiglio ovvero al Ministro delegato per la famiglia e le disabilità con riferimento alle politiche in favore delle persone con disabilità.

Tra tali competenze rientrano: il concerto sui disegni di legge del Governo nonché per i regolamenti e per gli atti di carattere generale contenenti disposizioni concernenti la condizione delle persone con disabilità; il compito di presentare una relazione biennale al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per le disabilità in Italia ed agli indirizzi che saranno seguiti, di promuovere indagini statistiche e conoscitive sulle disabilità e di convocare ogni tre anni una conferenza nazionale sulle politiche delle disabilità.

La novella di cui alla lettera *b*) del medesimo comma 4 modifica la procedura per l'adozione degli atti e dei provvedimenti concernenti l'impiego del Fondo per le non autosufficienze – che rimane allocato nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – prevedendo che i decreti siano emanati dal Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro delegato suddetto e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Il comma 4-*bis*, inserito nel corso dell'esame al Senato, specifica che la suddetta procedura di riparto è svolta nel 2018 anche in assenza dell'adozione del Piano triennale per la non autosufficienza, previsto « quale strumento programmatico

per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze » dall'articolo 21 del decreto legislativo n. 147 del 2017.

Tornando al comma 4 dell'articolo 3, fa presente che la lettera *d*) prevede, per quanto riguarda la legge n. 112 del 2016, relativa all'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (cosiddetta « Legge dopo di noi »), la titolarità duplice del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità con riferimento ai relativi decreti di attuazione e agli atti di riparto delle risorse, nonché alla relazione alle Camere sull'attuazione della disciplina.

Osserva, quindi, che le novelle di cui alla successiva lettera *e*) modificano la composizione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, contemplando due rappresentanti della Presidenza del Consiglio, di cui uno del Dipartimento per le politiche della famiglia, e prevedono che il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità partecipi, come soggetto invitato in via permanente, alle riunioni della Rete.

Le novelle di cui alle lettere *g*), *h*) e *i*) del medesimo comma 4 dell'articolo 3 riguardano, poi, l'inclusione scolastica dei soggetti con disabilità. In base ad esse: si inserisce il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità tra i Ministri competenti ad esprimere il concerto ai fini della definizione delle linee guida sui criteri, i contenuti e le modalità di redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva (secondo la Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati – ICD – dell'OMS) e sui criteri, i contenuti e le modalità di redazione del relativo « profilo di funzionamento » (secondo la classificazione ICF dell'OMS); si introduce il parere del medesimo Ministro delegato nella procedura di emanazione del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca relativo alla definizione dei piani di studio e delle modalità attuative ed organizzative del corso di specializzazione in pedagogia e didattica speciale per le attività di sostegno didattico e l'inclusione scolastica, nonché dei crediti formativi

necessari per l'accesso al medesimo corso; si inserisce un rappresentante del suddetto Ministro delegato in seno all'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica.

Fa presente che la novella di cui alla lettera l) inserisce il concerto del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità nella procedura di emanazione dei decreti di riparto delle risorse statali, in favore degli enti territoriali, per l'esercizio delle funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali.

La lettera l-bis) – aggiunta nel corso dell'esame al Senato – inserisce nella composizione della Consulta nazionale per l'integrazione in ambiente di lavoro delle persone con disabilità un rappresentante del Presidente del Consiglio o del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità.

Si sofferma, quindi, sul comma 4-ter, inserito nel corso dell'esame al Senato, che demanda a un protocollo d'intesa tra il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri e il Ministero della salute la definizione – con invarianza delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente – di misure sanitarie tese a contrastare il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti, delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze. Restano ferme le attribuzioni della Presidenza del Consiglio previste dal testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309).

Per quanto concerne i commi successivi dell'articolo 4, rileva che il comma 5 specifica che per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 3 le competenti

Amministrazioni centrali cooperano e si raccordano con la Presidenza del Consiglio.

Il comma 6 dispone l'abrogazione di alcune norme, in quanto assorbite o incompatibili con i commi precedenti, mentre i commi 7 e 8 recano norme finanziarie e contabili.

Alessandra LOCATELLI (Lega), ringraziando la relatrice per l'esauriente relazione svolta, rileva che nella legislazione in materia di disabilità dovrebbe essere completamente superata l'espressione « handicap » in luogo di « disabilità », sicuramente più appropriata.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI), intervenendo sul comma 4-ter dell'articolo 3 del decreto-legge, inserito nel corso dell'esame del provvedimento al Senato, chiede alla relatrice di approfondire se l'intesa ivi prevista tra il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio e il Ministero della salute per la definizione di misure sanitarie volte a contrastare il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti, delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze, non rischi di depotenziare il ruolo del Ministro per la famiglia e le disabilità.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento alla seduta già convocata per domani, giovedì 2 agosto.

La seduta termina alle 15.05.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.05 alle 15.40.

ALLEGATO 1

**5-00011 Paita: Realizzazione del nuovo nosocomio
nel territorio comunale di La Spezia.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Prima di entrare nel merito della problematica posta dal presente atto ispettivo, devo far presente che la programmazione e la realizzazione della rete ospedaliera sul territorio costituiscono prerogative specifiche del livello di governo regionale, in merito alle quali, di norma, il Ministero della salute è chiamato ad un ruolo di verifica, a tutela dei livelli essenziali di assistenza, i quali debbono ovviamente essere garantiti, in egual misura, su tutto il territorio nazionale.

Per rispondere ai quesiti posti è necessario, dunque, far riferimento agli elementi informativi pervenuti, per l'occasione, da parte della Regione Liguria per il tramite della Prefettura della Spezia.

Innanzitutto va ricordato che in data 8 marzo 2013 è stato sottoscritto dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, un Accordo di Programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari con la Regione Liguria.

In detto Accordo, nell'ambito della riorganizzazione e adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi, con annesso potenziamento delle tecnologie, è stato previsto il finanziamento dell'intervento denominato «Costruzione nuovo Ospedale della Spezia», per un importo complessivo a carico dello Stato di euro 119.917.069,42.

Tale intervento, in attuazione delle procedure e dei requisiti previsti dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, è stato ammesso a finanziamento con decreto dirigenziale dell'8 aprile 2014.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 310, della legge n. 266/2005, la Regione Liguria ha comunicato, in data 4 maggio 2015, l'avvenuta aggiudicazione definitiva dell'appalto per la progettazione e realizzazione dell'intervento in questione a: «Raggruppamento Temporaneo di Imprese Pessina Costruzioni S.p.A.», «Gruppo PSC S.p.A.», «Coopservice s.coop.p.a» con progettisti indicati, «Raggruppamento E.T.S. S.p.A Engineering and Technical Services», «3 TI Progetti Italia Ingegneria Integrata S.p.A.», «Studio Ottaviani Associati», «Federici Vittorio».

La stessa Regione ha comunicato, altresì, che il relativo contratto è stato sottoscritto il 21 maggio 2015 e registrato all'Agenzia delle Entrate di Genova in data 10 giugno 2015, con n. 3503.

Più in particolare, per quanto riguarda l'esecuzione dei lavori, la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo della Spezia ha comunicato quanto segue.

La Regione Liguria, acquisite informazioni sull'argomento presso l'Agenzia Regionale Ligure Infrastrutture Recupero Energia (IRE), ha segnalato che i lavori relativi alla costruzione del nuovo Ospedale della Spezia sono iniziati e le opere aventi ad oggetto le demolizioni delle vecchie strutture sono terminate.

Detta Agenzia ha inoltre fatto presente che l'impresa appaltatrice ha successivamente richiesto una modifica delle modalità di costruzione della paratia di sostegno, nonché una variante del progetto dalla stessa impresa presentato in relazione alle fondazioni.

La problematica afferente alla costruzione della citata paratia è attualmente al

vaglio dell'Amministrazione provinciale e del Comune di Spezia; qualora la verifica si concluda positivamente, i lavori di costruzione potranno riprendere.

Per quanto concerne la concessione della variante del progetto, è stato evidenziato che il relativo « *iter* » procedurale, attualmente oggetto di un'accurata istruttoria da parte della Provincia e del Collegio di Vigilanza, richiederà una maggiore tempistica, in quanto, trattandosi di un appalto integrato, dovrà essere verificata anche la sussistenza di specifici requisiti di legge.

Pertanto, solamente al termine del procedimento potrà essere approvata, o respinta, la proposta di variante.

In caso di ritardo nella consegna dell'Ospedale imputabile all'impresa appaltatrice – che sta, invero, procedendo con lentezza alla consegna dei documenti richiesti dagli Enti competenti – o alle altre imprese che collaborano con la stessa, verrà dato corso a specifiche richieste di risarcimento.

Concludo, pertanto, rassicurando l'On.le interrogante che, pur nella consapevolezza che la competenza primaria nella questione rappresentata spetta alla Regione, il Ministero della salute monitorerà l'evolversi della vicenda al fine di garantire la piena tutela del diritto alla salute, nonché il pieno riconoscimento dei livelli essenziali di assistenza in favore di tutti i cittadini del territorio spezzino.

ALLEGATO 2

5-00025 Rizzetto e 5-00026 Carnevali: Inserimento dell'acufene tra le malattie croniche invalidanti.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde congiuntamente alle interrogazioni parlamentari in esame, stante l'analogia dei contenuti.

Come noto, l'acufene è un disturbo otologico che consiste in sensazioni acustiche endogene, sotto forma di fischi, ronzii, fruscii o altro, percepiti in una o in entrambe le orecchie o nella testa.

Il Ministero della salute è ben consapevole che tale disturbo può incidere sulla qualità della vita di chi ne soffre, soprattutto a livello psicologico e, nei casi più gravi, può arrivare a compromettere seriamente il benessere del paziente.

La ricerca clinica ha, infatti, chiaramente dimostrato come, in una alta percentuale dei casi, questo disturbo debba essere affrontato mediante una strategia terapeutica di cui la psicoterapia sia parte integrante.

L'acufene ha un'alta incidenza: studi condotti negli ultimi due lustri in diversi Paesi europei, quali la Germania e il Regno Unito, hanno dimostrato, infatti, come mediamente circa il 5-20 per cento della popolazione del nostro continente abbia sofferto di acufene almeno una volta nella vita.

Per quanto riguarda l'Italia, una serie di studi dimostra che nel nostro Paese vi è una prevalenza analoga: tra la popolazione adulta, l'acufene colpisce più di tre milioni di persone ed è sentito come problema grave da oltre 600.000 italiani.

La causa dell'acufene non è chiara nella maggioranza dei casi.

Tuttavia, nuove tecniche e metodi di ricerca, come le tecniche di « neuroimaging », che permettono di osservare l'attivazione delle aree del cervello deputate

all'elaborazione dei segnali acustici, sembrano promettere importanti passi in avanti per la comprensione dell'eziologia della patologia.

In particolare, recenti studi suggeriscono come il disturbo sia accompagnato da anomalie cerebrali funzionali e strutturali.

Per quanto riguarda i possibili interventi terapeutici per il trattamento dell'acufene, l'Istituto Superiore di Sanità ha riferito che, recentemente, la neuromodulazione mediante stimolazione magnetica transcranica (TMS), una terapia indolore e non invasiva, ha avuto successo nel ridurre i sintomi del tinnito almeno in alcuni pazienti.

Altri interventi considerati efficaci, in base alla letteratura scientifica degli ultimi anni, includono approcci quali il « cognitive training », eseguito anche grazie all'aiuto di specifici « software », che permette di modificare l'attenzione, la percezione e il ricordo del tinnito, portando a un significativo miglioramento della condizione medica dei pazienti.

L'Istituto ha poi affermato che, allo scopo di identificare le iniziative da adottare per gestire i problemi sanitari legati all'acufene e per identificare quali siano le ricerche da finanziare per migliorare la comprensione delle basi eziopatologiche del disturbo e l'efficacia dei trattamenti, si potrà effettuare un attento studio dello stato dell'arte delle conoscenze di base e cliniche ottenute, tramite la revisione sistematica della letteratura scientifica disponibile e l'esame delle scoperte più recenti.

Ciò permetterebbe anche di valutare se assumere iniziative mirate a « screening » preventivi, anche in base all'età, per evidenziare una possibile vulnerabilità all'acufene, o volte a informare sulle attività che possono generare la patologia.

Inoltre, tale approccio permetterebbe di identificare le strategie migliori per il trattamento della patologia ed, eventualmente, di organizzare una rete di centri di eccellenza per la cura dell'acufene.

Tali iniziative potrebbero anche essere mirate alla valutazione non solo dell'eventuale inserimento dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza, ma anche al riconoscimento della patologia come malattia cronica invalidante, ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999, e tenuto conto di quanto stabilito dall'allegato 8 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Peraltro, va precisato che – considerato che gli acufeni sono un sintomo con diversi livelli di gravità, determinati da patologie vascolari del collo e della testa o associati a malattie audiologiche, vestibolari, neurologiche, autoimmuni, neoplastiche, dismetaboliche, ematologiche – l'accesso alle cure dei pazienti interessati da queste patologie è già garantito dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), che consentono loro di usufruire delle prestazioni e dei servizi erogati a carico del Sistema Sanitario Nazionale, sia in fase diagnostica che di monitoraggio, nonché della connessa assistenza farmaceutica.

Quanto al diritto all'esenzione, si informa che la Commissione per l'aggiornamento dei LEA non ha potuto accogliere

l'osservazione di questa Commissione, inserita nel parere approvato il 14 dicembre 2016 in merito allo Schema di DPCM recante definizione e aggiornamento dei LEA, volta a valutare « l'opportunità, sulla base delle migliori evidenze cliniche, di apportare le seguenti modificazioni: siano inserite tra le malattie croniche anche la cefalea primaria cronica e l'acufene »: ciò è stato dovuto sia a causa della difficoltà di individuare un idoneo pacchetto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da concedere in esenzione, sia per la mancanza di risorse.

Prima di concludere, voglio tuttavia precisare che una parte delle condizioni che determinano gli acufeni è comunque già individuata fra le patologie croniche soggette a tutela, ove sussistano le condizioni di cronicità, gravità, invalidità ed onerosità previste dal decreto legislativo n. 124 del 1998: è questo il caso, ad esempio, degli acufeni secondari a malattie cerebrovascolari (aneurismi, patologie dei grossi vasi) o neurologiche (sclerosi multiple).

Tale precisazione, tuttavia, non esclude affatto – e di ciò voglio rassicurare gli Onorevoli interroganti – che il Ministero della salute, anche sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica auspicata dall'Istituto Superiore di Sanità, seguirà con attenzione gli ulteriori aggiornamenti dei Livelli essenziali di Assistenza, in modo che, laddove ne emergano le condizioni, possa essere rivalutato l'inserimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale connesse all'acufene.

ALLEGATO 3

5-00210 Bologna: Iniziative per garantire l'incolumità del personale sanitario.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Innanzitutto desidero ringraziare l'onorevole interrogante poiché mi consente di illustrare le iniziative che il Ministero della salute ha già avviato in relazione ad una problematica che rappresenta una obbiettiva priorità tra i settori di intervento di cui si è voluto fare carico il nuovo Governo, già immediatamente dopo il suo insediamento.

Il verificarsi di atti di violenza in ambito sanitario è, difatti, un fenomeno ben noto e risalente nel tempo: eppure, nonostante le numerose sollecitazioni manifestate nella scorsa legislatura anche in sede parlamentare, nulla di concreto è stato fatto per garantire una tutela qualificata e differenziata ad una categoria caratterizzata, purtroppo, da uno specifico, e maggiore, fattore di rischio.

Il Ministero della salute, infatti, è ben consapevole che gli esercenti le professioni sanitarie possono subire, nel corso della loro attività lavorativa, atti di violenza con una frequenza più elevata rispetto ad altri settori lavorativi.

La cronaca anche di queste ultime settimane ci consegna, infatti, numerosi episodi di aggressione, in grado di determinare lesioni personali anche importanti.

I fattori di rischio responsabili di tali atti di violenza sono numerosi, ma l'elemento peculiare e ricorrente è rappresentato dal rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura tra il paziente e il sanitario durante l'erogazione della prestazione sanitaria e che vede spesso coinvolti soggetti, quali il paziente stesso o i familiari, che si trovano in uno stato di

vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Ecco perché si ritiene che il SSN a differenza di altri ambiti, abbia una doppia responsabilità, ovvero quella di prendersi cura e tutelare i soggetti che necessitano di cure, nonché di tutelare la sicurezza ed il benessere fisico del personale sanitario che vi opera.

A fronte di questa consapevolezza, che si vuole ribadire con forza in questa sede, il Ministero della salute ritiene di dover intervenire tempestivamente, adottando una pluralità di misure che possano consentire – viste nel loro insieme, in un'ottica di sistema – la realizzazione di risultati concreti e, soprattutto, duraturi.

Non vi è dubbio, tuttavia, che – poiché tali iniziative dovranno determinare un profondo mutamento d'approccio alla problematica e considerato che le stesse richiedono la collaborazione di una pluralità di soggetti istituzionali – in questa sede, oggi, si possa delineare solo il percorso al quale il Ministero si atterrà fin dalle prossime settimane e di cui, posso assicurare fin da ora, si potranno presto apprezzare risultati concreti.

Innanzitutto sono lieto di poter dare notizia che il Ministro della salute ha già inviato alla Presidenza del Consiglio, per il consueto esame preliminare, uno schema di disegno di legge governativo che intende affrontare in modo sistematico i vari aspetti del fenomeno; tra questi, mi fa piacere, in particolare, segnalare che uno speciale rilievo è assegnato proprio alle iniziative di comunicazione ed informazione citate dall'onorevole interrogante.

Il cuore del provvedimento, tuttavia, risiede anche in altre misure: mi riferisco alla necessità di individuare uno specifico «luogo» di analisi del fenomeno, a cui poter attribuire il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e di proporre l'adozione d'idonee misure per ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, nonché di verificare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalle vigenti disposizioni a garanzia dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro; e mi riferisco, altresì, alla scelta di inserire una specifica aggravante, in un'ottica di prevenzione penale generale, a carico dell'autore di reati in danno degli esercenti le professioni sanitarie: in poche parole, dunque, pene più severe per gli aggressori.

Indipendentemente dall'approvazione di queste norme, in cui il Ministero crede molto e che si confida possano essere arricchite dal dibattito parlamentare, desidero informare che si sta valutando, proprio in questi giorni, di adottare ulteriori iniziative finalizzate a dare una risposta concreta, e in tempi brevi, alle forti richieste in termini di sicurezza dei presidi ospedalieri.

Informo, dunque, che il 25 luglio u.s. il Ministro della salute ha inviato al Ministro

dell'interno la richiesta di poter valutare una rimodulazione dei dispositivi di sicurezza esistenti in modo tale che possano essere considerate anche le peculiari e maggiori esigenze di sicurezza dei presidi sanitari ed ospedalieri.

Contestualmente, nell'ambito della medesima attività di stretta collaborazione intrapresa con il Ministero dell'interno, si stanno valutando ulteriori iniziative, ancora più concrete, finalizzate ad assicurare una tutela specifica agli esercenti le professioni sanitarie, nella consapevolezza, condivisa da quel Ministero – al quale afferisce, occorre ribadirlo, la primaria competenza in tema di prevenzione dei reati e tutela della sicurezza pubblica – che tali soggetti meritino l'adozione di misure particolari ed ulteriori in considerazione degli specifici fattori di rischio cui sono sottoposti.

Concludo, pertanto, dando la massima assicurazione circa l'impegno che il Ministero della salute profonderà affinché le summenzionate iniziative possano vedere presto la luce, nella convinzione che esse trovino la condivisione dell'Amministrazione dell'interno e la piena collaborazione degli Enti del Servizio Sanitario nazionale, il cui contributo, ovviamente, risulta massimamente necessario.