

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	109
INTERROGAZIONI:	
5-00267 Anzaldi: Iniziative per garantire il test ALK ai pazienti con diagnosi iniziale di carcinoma polmonare	109
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	112
5-00203 Rostan: Sulla presenza di asbesto nel talco prodotto dall'azienda Johnson&Johnson ..	110
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	114
5-00216 Paita: Situazione dei servizi sanitari erogati in Liguria	110
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	116
INDAGINE CONOSCITIVA:	
Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (<i>Deliberazione</i>)	110
ALLEGATO 4 (Programma)	118
SEDE REFERENTE:	
Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. C. 1354, approvata dal Senato, C. 84 Zolezzi, C. 753 Massimo Enrico Baroni, C. 811 Cecconi (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	111
Introduzione degli ausili e delle protesi destinati a persone disabili per lo svolgimento dell'attività sportiva tra i dispositivi erogati dal Servizio sanitario nazionale. C. 665 Versace (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base</i>)	111

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

Mercoledì 19 dicembre 2018.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.50 alle 14.

INTERROGAZIONI

Mercoledì 19 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Luca Coletto.

La seduta comincia alle 14.20.

5-00267 Anzaldi: Iniziative per garantire il test ALK ai pazienti con diagnosi iniziale di carcinoma polmonare.

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

Michele ANZALDI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto della risposta che attesta la validità del test ALK. Auspica, pertanto, un'ampia diffusione di tale test che può rivelarsi uno strumento efficace per contrastare patologie dalle gravi conseguenze.

5-00203 Rostan: Sulla presenza di asbesto nel talco prodotto dall'azienda Johnson&Johnson.

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

Michela ROSTAN (LeU), replicando, ringrazia il rappresentante del Governo per aver fornito una risposta che coglie il senso dell'interrogazione in titolo. Nel ricordare che la sentenza del tribunale statunitense ha confermato i danni causati dal talco prodotto dall'azienda Johnson&Johnson, auspica che l'atto di sindacato ispettivo da lei presentato possa contribuire alla maggiore diffusione di informazioni sul tema, finora carenti in Italia, diversamente da quanto accaduto in altri Paesi europei.

5-00216 Paita: Situazione dei servizi sanitari erogati in Liguria.

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

Raffaella PAITA (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta di una risposta molto confusa e nebulosa, che riporta dati difficilmente comprensibili. Segnala che i dati reali relativi alla regione Liguria sono allarmanti, in quanto mostrano un aumento delle liste d'attesa e della conseguente « fuga » verso altre regioni per ottenere le cure sanitarie. Nel ricordare che tale grave fenomeno è iniziato nel 2015, con la nuova Giunta regionale guidata dal centrodestra, rileva che il Governo, fornendo tale risposta, intende nascondere la realtà di una delle regioni maggiormente in difficoltà per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Sottolinea, inoltre, che la risposta si basa su documenti programmatici della regione che non trovano conferma nella concreta azione di governo in un territorio caratterizzato da un alto tasso di anzianità e da costi sanitari rilevanti.

Nel ribadire l'esigenza di affrontare l'importante *deficit* in ambito sanitario, segnala che occorrerebbe raggiungere intese con le regioni vicine in relazione all'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie. Dichiarandosi consapevole del fatto che le maggiori responsabilità di tale situazione ricadono sulla Giunta regionale, invita il Governo ad assumere le necessarie iniziative di sua competenza. In conclusione, si riserva di verificare gli elementi specifici contenuti nella risposta fornita.

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

La seduta termina alle 14.40.

INDAGINE CONOSCITIVA

Mercoledì 19 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.

La seduta comincia alle 14.40.

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

(*Deliberazione*).

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che nella riunione del 13 dicembre 2018 l'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, della Commissione, ha definito lo schema di programma concernente lo svolgimento di un'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (*vedi allegato 4*).

Poiché sullo schema di programma è stata raggiunta l'intesa con il Presidente della Camera dei deputati, ai sensi del-

l'articolo 144, comma 1, del Regolamento, propone di procedere alla deliberazione dell'indagine conoscitiva.

La Commissione approva la proposta della presidente.

La seduta termina alle 14.45.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 19 dicembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Luca Coletto.

La seduta comincia alle 14.45.

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

C. 1354, approvata dal Senato, C. 84 Zolezzi, C. 753 Massimo Enrico Baroni, C. 811 Cecconi.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 18 dicembre 2018.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che alle ore 12 della giornata odierna è scaduto il termine per la presentazione di emendamenti alla proposta di legge C. 1354, approvata dal Senato, adottata come testo base dalla Commissione. Comunica che non sono state presentate proposte emendative.

Avverte, pertanto, che il testo della proposta di legge C. 1354, approvata dal

Senato e non modificata nel corso dell'esame in sede referente, sarà trasmesso alle Commissioni competenti per l'espressione dei rispettivi pareri (I, II, V, VII, VIII, XI e XIV).

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

Introduzione degli ausili e delle protesi destinati a persone disabili per lo svolgimento dell'attività sportiva tra i dispositivi erogati dal Servizio sanitario nazionale.

C. 665 Versace.

(Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 29 novembre 2018.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che la Commissione, dopo lo svolgimento della discussione e l'intervento del rappresentante del Governo, ha svolto un ciclo di audizioni che si è concluso nella giornata di martedì 18 dicembre.

Fa presente che, essendovi una sola proposta di legge, essa costituisce il testo base per il prosieguo dei lavori. Propone, pertanto, anche alla luce di quanto emerso nella riunione dell'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, svoltasi nella giornata odierna, di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti alle ore 16 di giovedì 17 gennaio 2019.

La Commissione concorda.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.

ALLEGATO 1

5-00267 Anzaldi: Iniziative per garantire il test ALK ai pazienti con diagnosi iniziale di carcinoma polmonare.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'interrogazione affronta il tema dell'utilizzo di un *test* innovativo, di tipo genomico, che si è dimostrato utile nella valutazione della prognosi e nella terapia dei tumori polmonari nonché quello dell'organizzazione dei servizi regionali, strettamente legato allo sviluppo della rete oncologica regionale.

L'implementazione delle reti regionali è tra gli obiettivi del « Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro », atto di pianificazione adottato con l'Intesa Stato-regioni del 10 febbraio 2011 e successivamente prorogato con l'Intesa del 30 ottobre 2014.

Per quanto attiene alla genomica, dopo il completamento della mappatura dell'intero genoma umano nel contesto dello « *Human Genome Project* » nel 2001, la ricerca scientifica e l'analisi del genoma hanno acquisito un ruolo specifico rilevante per il progresso della medicina e dell'assistenza sanitaria, con il conseguente rapido sviluppo della genomica e della genetica molecolare.

Tale sviluppo costituisce una grande opportunità di ricerca biomedica per il benessere delle popolazioni e degli individui: su questo sviluppo si basa la possibilità di una « medicina personalizzata ».

La spinta innovativa che caratterizza la genomica comporta anche la necessità di sviluppare la capacità di « governare » i vari aspetti della tematica e di gestire adeguatamente, l'enorme mole di dati « omici » prodotti.

Al riguardo, ricordo che il nostro Paese si è recentemente dotato di uno specifico atto di pianificazione il « Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata

sulle scienze omiche », sul quale si è ottenuta l'Intesa in Conferenza Stato-regioni del 26 ottobre 2017, che attribuisce al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie il compito di supportarne l'implementazione.

Il Piano mira a sostenere l'attenta implementazione e l'uso intelligente del « *Big Data* » nel settore sanitario, a delineare i modi in cui l'innovazione delle conoscenze nel campo biologico deve riformare il sistema sanitario nazionale nelle aree di prevenzione, diagnosi e cura.

Il Piano contempla argomenti come la genomica nella diagnosi delle malattie complesse (esempio, i tumori), la prevenzione personalizzata e la genomica in terapia (farmacogenomica e terapia personalizzata dei tumori).

Rispetto alla implementazione del Piano, si è proceduto in data 11 luglio 2018 all'insediamento del Coordinamento Interistituzionale, con attivazione delle linee operative, tra le quali la produzione di linee-guida.

Ciò premesso, il *test* « ALK » è già incluso tra le prestazioni della branca di Laboratorio comprese nell'allegato 4 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 – LEA – (assistenza specialistica ambulatoriale). In caso di negatività la prestazione, preceduta dalla nota « R » e quindi erogabile dalle strutture specificamente individuate dalle regioni, è soggetta alla CONDIZIONE-EROGABILITÀ. Inoltre, i *test* assoggettati alla nota 76 possono essere eseguiti su prescrizione dello specialista in presenza

di specifiche patologie, puntualmente individuate (Colonna E – ANATOMIA PATOLOGICA), a seguito di indagini (istologiche e morfologiche) e di altre valutazioni specialistiche.

Ciò sta a significare che la prestazione può essere utilizzata solo nei confronti dei pazienti con la diagnosi sopra descritta, quando sia clinicamente indicata una specifica terapia, al contrario lo stesso esame non può essere eseguito nei confronti dei pazienti con generica diagnosi di carci-

noma polmonare e per i quali la stessa terapia non sarebbe efficace.

Tale disposizione è stata adottata in base a quanto indicato dagli esperti, quali, oncologi e anatomo-patologi che hanno fatto riferimento alle Linee guida disponibili in ambito nazionale ed internazionale, che hanno collaborato con il Ministero della salute alla stesura dell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ciascuno per la branca di propria competenza.

ALLEGATO 2

5-00203 Rostan: Sulla presenza di asbesto nel talco prodotto dall'azienda Johnson&Johnson.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'interrogazione parlamentare è relativa al contenzioso dinanzi al Tribunale di Saint Louis, negli Stati Uniti, che ha riconosciuto indennizzi economici a favore di 22 donne alle quali è stato diagnosticato un tumore alle ovaie, riconducendo la relazione causa-effetto all'uso decennale di talco della Società Johnson & Johnson, contaminato dalla presenza di fibre di amianto.

Prima di soffermarmi sulle eventuali implicazioni che la vicenda può determinare anche nel nostro Paese, si svolgono precisazioni in merito allo stato delle conoscenze scientifiche sul fenomeno.

A differenza di quanto riferito nell'interrogazione – *l'International Agency for Research on Cancer (IARC)* non si è espressa sul « prodotto » come distribuito nel canale commerciale, bensì sulla « sostanza » amianto, che è stata ritenuta cancerogena « di prima classe 1A ».

Nel nostro Paese la funzione di vigilanza e di informazione sulle possibili patologie derivanti dal contatto con tale sostanza è esercitata dal Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM) istituito, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 308 del 2002, presso l'INAIL, ed alimentato dai Centri Operativi Regionali (COR), che raccolgono dati ed implementano le conoscenze sulle esposizioni, non solo professionali ma anche familiari ed ambientali.

I tumori causati dall'amianto, in particolare il mesotelioma, derivano, infatti, essenzialmente da esposizione professionale, e all'interno di tali tumori, fortunatamente di per sé definiti rari, quelli « non mesotelioma », come per l'ovaio, vengono

definiti a bassa frazione etiologica, quindi ancora più rari e di difficile dimostrazione espositiva e causale.

In merito allo sviluppo delle patologie tumorali, il citato ReNaM nel 5° Rapporto 2015 riporta che l'estensione delle attività di sorveglianza epidemiologica da parte dei COR a tutti i tumori di sospetta origine professionale, ed in particolare ai tumori del polmone, della laringe e dell'ovaio, per i quali la IARC ha confermato l'evidenza di correlazione causale con l'inalazione di fibre aerodisperse di amianto, è la prossima sfida che il circuito del ReNaM deve affrontare, come riaffermato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

L'obiettivo è rendere disponibili informazioni preziose su tali malattie per la sanità pubblica, la prevenzione e l'efficienza del sistema di tutele, analogamente a quanto già realizzato per la sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno.

Inoltre, segnalo che l'Intesa del 22 febbraio 2018 in Conferenza Stato-regioni sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti all'amianto, disciplina la raccolta dei dati a cura delle regioni per il Ministero della salute, proprio per un'attenta ricognizione dei casi e delle esposizioni che, ribadisco, al momento attuale sono sempre ricondotte, dalla letteratura e dal mondo scientifico, all'esposizione per via inalatoria.

Indipendentemente dalle valutazioni svolte in ambito internazionale, in Italia l'Istituto Superiore di Sanità persegue da anni propri studi ed approfondimenti di cui in questa sede mi limiterò ad accennare alle conclusioni.

Innanzitutto, occorre distinguere il talco dagli amianti, per quanto essi siano entrambi dei minerali, appartenenti alla famiglia dei silicati.

Con riferimento al talco, invece, bisogna precisare che per la sua stessa morfologia, la presenza di amianto è solo eventuale.

Molto diversa è la valutazione del rischio cancerogeno associato all'uso di talchi contenenti amianto.

Già nel 1984, infatti, l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto una serie di analisi, che hanno evidenziato in alcuni campioni una significativa contaminazione da amianto.

Questo studio ha indotto la Farmacopea Italiana all'aggiornamento della monografia sul « Talco », integrandola con la nuova metodica analitica messa a punto dall'Istituto Superiore di Sanità.

La IX edizione della Farmacopea Ufficiale, contiene, infatti, l'aggiornamento della monografia « Talco » con l'aggiunta dell'indicazione « Non deve contenere fibre microscopiche e submicroscopiche di asbesto ».

Successivamente allo studio italiano, nel 1987, la IARC ha pubblicato la Monografia « Talco contenente fibre asbesti-

formi » in cui ha riconosciuto la cancerogenicità dei talchi contenenti amianto.

Bisogna peraltro ricordare che nel nostro Paese vige, dal 1992, la legge n. 257 con cui l'Italia ha messo al bando l'amianto.

Per quanto, dunque, nel nostro ordinamento sia già ora improntato alla garanzia del principio di massima precauzione, informo che si intende proseguire gli studi dedicati a controllare il contenuto in particelle fibrose minerali nei talchi destinati sia al largo consumo sia alle attività industriali, in quanto, particolarmente nel primo caso, si tratta di esposizioni croniche, anche se a concentrazioni verosimilmente ridotte, che coinvolgono anche soggetti particolarmente suscettibili, come bambini, anziani e fumatori.

Concludo rassicurando l'onorevole interrogante che la questione posta con l'odierna interrogazione ha già ricevuto — come si è brevemente accennato — una particolare e approfondita attenzione da parte, soprattutto, dell'Istituto Superiore di Sanità che ha consentito di tenere già alta la soglia di sicurezza per i nostri consumatori in merito all'utilizzo dei prodotti in parola.

ALLEGATO 3

5-00216 Paita: Situazione dei servizi sanitari erogati in Liguria.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La tematica in esame è disciplinata dal « Piano nazionale di governo delle liste di attesa PNGLA 2010-2012 » recepito da tutte le regioni.

La regione Liguria ha recepito il PNGLA e ha adottato il relativo Piano regionale, impegnandosi a garantire tempi di attesa congrui ai pazienti liguri mediante una maggiore appropriatezza della domanda ed una migliore organizzazione dell'offerta.

In esito alle verifiche effettuate dal Ministero della salute ai fini dell'accesso al maggiore finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, risultano persistere alcune criticità nella regione Liguria nel rendere pienamente operativi i flussi informativi per l'invio dei dati relativi a determinate prestazioni oggetto di monitoraggio.

Questo aspetto è particolarmente importante per il nuovo Piano di Governo delle liste di attesa PNGLA 2018-2020, la cui stesura è curata da un Tavolo tecnico attivato presso il Ministero della salute.

Inoltre, il nuovo Piano conferma gli obblighi di indicare chiaramente sulla prescrizione il codice della classe di priorità, il quesito diagnostico e le prime visite o gli accessi successivi.

Il nuovo Piano sottolinea l'esigenza della gestione trasparente delle agende di prenotazione e raccomanda la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza e congruità prescrittiva.

Per gli aspetti di competenza regionale, l'Assessore alla Sanità della regione Liguria ha precisato quanto segue.

Il bilancio negativo della mobilità nell'ultimo decennio in Liguria ha mostrato un incremento, più spiccato nel periodo

dal 2008 al 2012, quando ha raggiunto e superato i 60 milioni di euro, mostrando una crescita del 75 per cento in quattro anni.

Negli anni successivi la crescita ha avuto un rallentamento ed il bilancio negativo si è stabilizzato su valori inferiori a 70 milioni di euro (dato 2016).

La riconfigurazione dell'assetto organizzativo dell'offerta sanitaria mediante il Dipartimento Interaziendale Regionale (D.I.A.R.) quale strumento di presa in carico e di governo del percorso del paziente, ha avuto i primi effetti anche sulla mobilità passiva.

In particolare, il miglioramento dell'offerta sanitaria e dell'appropriatezza dell'erogazione ha portato ad una riduzione importante, nel corso del 2017, della mobilità passiva rispetto all'anno precedente sia in ambito neurologico, con una riduzione superiore a euro 800.000, sia in area cardiovascolare (riduzione superiore a euro 1.300.000).

Per quanto riguarda le liste d'attesa, la riforma ligure propone un nuovo disegno organizzativo: oggi il sistema di governo con un Centro Unico di Prenotazione Regionale si caratterizza per due livelli di presa in carico dell'assistito.

Il primo, con un canale di accesso, per il Medico di Medicina Generale o il paziente, unico dal punto di vista regionale, prevede la disponibilità di agende pubbliche e prenotabili da ogni parte della regione.

Il secondo è caratterizzato dalla presa in carico dell'assistito da parte delle strutture che gestiscono le prestazioni specialistiche.

Tali sistemi di prenotazione delle prestazioni specialistiche favoriscono l'erogazione delle stesse nel rispetto dei termini temporali previsti dalle classi di priorità prescritte dal medico curante o specialista (ad esempio 99 per cento nel trimestre aprile-giugno 2017 per le prestazioni « urgenti », dato confermato nei trimestri successivi).

Per quanto riguarda la situazione dei disavanzi sanitari della regione Liguria, l'Assessore richiama i verbali del « Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali » relativi all'esame dei modelli CE Consuntivo consolidato regionale per gli anni 2015, 2016 e IV° Trimestre 2017.

Si riporta, da ultimo, il verbale del « Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali » (riunione del 20 marzo 2018) relativo all'esame del conto economico IV° Trimestre 2017, dà atto che il risultato di gestione del modello CE consolidato regionale ammonta ad -63,659 milioni di euro.

A seguito delle rettifiche operate dal Tavolo, il risultato viene rideterminato in -70,011 milioni di euro, a fronte di coperture pari a 71,349 milioni di euro, di cui risorse regionali per 65 milioni di euro e circa 6,3 milioni di euro di fondi statali riconosciuti a copertura in quanto, anch'ché di competenza 2017, impegnati nell'esercizio successivo.

ALLEGATO 4

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.**PROGRAMMA****Premessa**

I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono stati previsti dalla legge al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal medesimo Servizio. Tali fondi, nella *ratio* dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, hanno la finalità di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Un'altra disposizione rilevante in materia è quella recata dall'articolo 46 della legge istitutiva del SSN (legge 23 dicembre 1978, n. 833), rubricato come « mutualità volontaria ». Tale norma, nel sancire che la mutualità volontaria è libera, prevede il divieto per enti, imprese e aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi come finalità l'erogazione di prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria erogata dal SSN.

La disciplina introdotta dal predetto articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede che tutti i soggetti, pubblici e privati, che istituiscono fondi integrativi del SSN sono tenuti ad adottare politiche di « non selezione dei rischi ». Le fonti istitutive dei fondi possono essere: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da associazioni o sindacati; regolamenti regionali o territoriali; deliberazioni di organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sa-

nitaria o di società di mutuo soccorso riconosciute o di altri soggetti pubblici e privati.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi è rappresentato da: prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati; prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (incluse le prestazioni, non a carico del SSN, della medicina non convenzionale, delle cure termali e dell'assistenza odontoiatrica), per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semi-residenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

La vigilanza sui fondi integrativi è esercitata dal Ministero della salute presso il quale sono istituiti l'Osservatorio e l'Anagrafe dei fondi integrativi del SSN, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato sia quelli sottoposti a vigilanza regionale. Successivi decreti ne hanno disciplinato la costituzione e il funzionamento. I fondi integrativi godono di un regime fiscale agevolato (di cui al decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 41).

I fondi sanitari che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992 sono generalmente identificati negli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale (di cui all'articolo 51, comma 2,

lettera a), del d.P.R. n. 917 del 1986) ed erogano anche prestazioni sanitarie « sostitutive » comprese nell'ambito di intervento del SSN. Il decreto ministeriale del 31 agosto 2008, successivamente integrato dal decreto ministeriale del 27 ottobre 2009, ha individuato gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del SSN e degli enti e casse aventi esclusivamente finalità assistenziali.

Numerosi dati e ricerche rilevano, inoltre, che dal 2013 al 2015 la spesa sanitaria privata è aumentata del 3,2 per cento (oltre 35 miliardi) e che nell'ultimo anno ben 11 milioni (2 milioni in più rispetto al 2012) di cittadini hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie. Peraltro, i dati OCSE riferiti al 2014 hanno evidenziato che la spesa privata in Italia aveva raggiunto i 33 miliardi di euro (+2 per cento rispetto al 2013), precisando che la differenza sostanziale rispetto ad altri Paesi europei è che l'82 per cento è *out of pocket*, con una spesa pro-capite di oltre 500 euro l'anno. Anche l'Agenas, nella sua relazione sulla compartecipazione alla spesa nelle Regioni per l'anno 2015, rileva che la conseguenza di *ticket* elevati, come già alcune evidenze dimostrano, sono la rinuncia alle prestazioni ovvero la « fuga » dal SSN verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto ai *ticket*. Il rischio, nel perdurare di tali situazioni, è la scomparsa dei livelli di assistenza previsti ma di fatto superati da incoerenti misure della compartecipazione.

Quello appena descritto è il contesto in cui s'inquadra l'indagine conoscitiva che si propone di svolgere, che trae la propria origine dalla considerazione per cui la sanità integrativa, come concepita dal decreto legislativo n. 502 del 1992, ha l'esclusiva finalità di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal SSN, finalizzate a coprire solo prestazioni non essenziali e non incluse nei LEA. Pertanto, i cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN, basato sui principi

di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Tuttavia, diverse forme di sanità integrativa si stanno con il tempo rivelando come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica forma di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute.

Finalità dell'indagine conoscitiva e programma delle audizioni

Alla luce delle suddette premesse, l'indagine conoscitiva che si intende avviare si pone i seguenti obiettivi:

approfondire la materia in oggetto, al fine di valutare l'opportunità di un riordino della sanità integrativa, anche nel senso di rendere più cogente il divieto già posto ad enti, imprese e aziende pubbliche, di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento, anche indiretto, di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi la finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal SSN, nonché di eliminare ogni forma di defiscalizzazione per quei fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992;

analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie « sostitutive », in quanto ricomprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA;

indagare sull'opportunità di introdurre, nell'ambito dell'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari e costitutivi correlati ai fondi integrativi nonché disposizioni atte ad eliminare ogni conflitto d'interesse tra i gestori dei Fondi e chi promuove i fondi medesimi;

verificare quale sia l'onere finanziario complessivo riferito alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari integrativi.

L'acquisizione degli elementi necessari allo svolgimento dell'indagine presuppone lo svolgimento di una serie di audizioni. In particolare, si intenderebbe audire i seguenti soggetti:

Censis;

Istat;

Corte dei conti;

Agenas;

Agenzia delle entrate;

Istituto di vigilanza sulle assicurazioni (IVASS);

Rappresentanti dei sindacati di categoria (CGIL, CISL, UIL, UGL, Associazione medici dirigenti (ANAAO/ASSOMED), Associazione italiana odontoiatri (AIO), ecc.);

Adiconsum;

Cittadinanza attiva;

Associazione nazionale sanità integrativa e *welfare* (ANSI);

Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria (Fimiv);

Società sanitaria di mutuo soccorso (SSMS);

Società di mutuo soccorso (SMS);

Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS);

Fondazione GIMBE;

Coordinamento nazionale Forum diritto alla salute – Dipartimento di neuroscienze IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri;

Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, in rappresentanza dell'Anagrafe dei fondi sanitari;

Rappresentanti del Fondo Est (Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle aziende del commercio, del turismo e dei servizi);

Rappresentanti del Fondo FASI (Federazione nazionale dei dirigenti aziende industriali);

Rappresentanti del Fondo Faschim (Fondo nazionale di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e gpl, minerario e coibenti).

Esperti della materia:

Guerino Massimo Oscar Fares, dell'Università Roma Tre;

Roberto Esposito, dell'Università di Camerino;

Franco Fraioli, dell'Università di Roma La Sapienza;

Alberto Brambilla, Presidente del Centro Studi e ricerche itinerari previdenziali;

Luca Benci, giurista esperto in diritto sanitario;

Massimo Campedelli, Professionista affiliato membro dell'Istituto *Wiss/Dirpolis* (*welfare*, innovazione, servizi, sviluppo) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa;

Massimo Quezel e Francesco Carraro, autori del libro «Salute Spa. La sanità svenduta alle assicurazioni. Il racconto di due *insider*» (Chiarelettere);

Beppe Scienza, dell'Università di Torino;

Alberto Donzelli, componente del Consiglio direttivo e del Comitato scientifico della Fondazione allineare sanità e salute.

Durata dell'indagine conoscitiva

L'indagine dovrebbe concludersi entro il 30 aprile 2019.