

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-07920 Fabbri: Iniziative volte a garantire assistenza sanitaria di base ai minori stranieri presenti sul territorio nazionale	93
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	96
5-08256 Lorefice: Sui ritardi nella pubblicazione del decreto di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e sull'inclusione nei medesimi dell'endometriosi	93
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	98
5-09718 Brignone: Iniziative volte a garantire la tutela dei diritti e una migliore assistenza a tutti i malati terminali	94
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	99

SEDE CONSULTIVA:

DL 193/2016: Disposizioni urgenti in materia fiscale e per il finanziamento di esigenze indifferibili. C. 4110 Governo (Parere alle Commissioni riunite V e VI) (<i>Esame e rinvio</i>)	94
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	95

INTERROGAZIONI

Mercoledì 2 novembre 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.30.

5-07920 Fabbri: Iniziative volte a garantire assistenza sanitaria di base ai minori stranieri presenti sul territorio nazionale.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Marilena FABBRI (PD), replicando, prende atto con soddisfazione del fatto che, sulla base delle disposizioni normative ricordate dal sottosegretario De Fi-

lippo, tutti i minori stranieri presenti sul territorio italiano sarebbero automaticamente iscritti al Servizio sanitario nazionale, anche se non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

Stigmatizza, quindi, il pericoloso e miope atteggiamento assunto dall'amministrazione regionale veneta, che ha scelto di non erogare l'assistenza sanitaria ai minori stranieri presenti nella regione, se figli di genitori non in regola con le norme sul permesso di soggiorno.

5-08256 Lorefice: Sui ritardi nella pubblicazione del decreto di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e sull'inclusione nei medesimi dell'endometriosi.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei

termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Marialucia LOREFICE (M5S), replicando, rammenta che gli impegni testé ribaditi dal sottosegretario circa la decisione di ricomprensione, in sede di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), anche l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche ed invalidanti, erano già stati enunciati in passato, sia dall'attuale sia dal precedente ministro della salute. Osserva quindi che potrà dirsi soddisfatta solo se tale promessa, a suo avviso di carattere propagandistico, sarà tempestivamente trasformata in misure concrete.

Ribadisce pertanto come il nodo centrale sia costituito dall'effettiva presentazione alle Camere dello schema del decreto del presidente del Consiglio dei ministri concernente l'aggiornamento dei LEA.

5-09718 Brignone: Iniziative volte a garantire la tutela dei diritti e una migliore assistenza a tutti i malati terminali.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Beatrice BRIGNONE (Misto-AL-P), pur ringraziando il sottosegretario per la dettagliata risposta, evidenzia tuttavia come essa si riferisca a un singolo caso specifico.

Ribadisce, pertanto, l'esigenza che il nostro Paese si doti quanto prima di un adeguato sistema di assistenza ai malati terminali, rivedendo a tal fine il sistema degli standard ospedalieri con la previsione delle cure palliative e l'inserimento di queste ultime nei Livelli essenziali di assistenza, cui veniva fatto riferimento nell'interrogazione precedente.

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

La seduta termina alle 14.55.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 2 novembre 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 14.55.

DL 193/2016: Disposizioni urgenti in materia fiscale e per il finanziamento di esigenze indifferibili.

C. 4110 Governo.

(Parere alle Commissioni riunite V e VI).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Ezio Primo CASATI (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere il prescritto parere alle Commissioni V (Bilancio) e VI (Finanze) sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 193 del 2016 (C. 4110), recante disposizioni in materia fiscale e per il finanziamento di esigenze indifferibili.

Fa presente, quindi, che il decreto-legge in oggetto si compone di 16 articoli, compresa l'entrata in vigore. Per quanto riguarda il contenuto, segnala tra le disposizioni più rilevanti quelle concernenti rispettivamente: lo scioglimento di Equitalia e l'istituzione dell'Agenzia delle entrate-Riscossione, ente pubblico economico sottoposto all'indirizzo e alla vigilanza del Ministro dell'economia e delle finanze (articolo 1), l'introduzione di misure per il recupero dell'evasione (articolo 4), l'estensione della possibilità per il contribuente di presentare la dichiarazione integrativa a favore (IRPEF, IRAP, sostituti d'imposta e IVA) anche oltre il termine prescritto per la presentazione della dichiarazione relativa al periodo d'imposta successivo (articolo 5), la riapertura dei termini per esperire la procedura di *voluntary disclosure* in una finestra temporale che va dal 24 ottobre 2016 (data di entrata in vigore del decreto-legge) al 31 luglio 2017 (articolo 7), l'incremento, per l'anno 2016, del Fondo sociale per occupazione e formazione nella misura di

592,6 milioni di euro, anche ai fini del finanziamento degli ammortizzatori sociali in deroga (articolo 8), l'autorizzazione fino al 31 dicembre 2016 della somma di 17.388.000 euro per la partecipazione di personale militare all'operazione di supporto sanitario in Libia – operazione « Ippocrate » (articolo 9), l'incremento di 600 milioni di euro per l'anno 2016 delle spese inerenti l'attivazione, la locazione, la gestione dei centri di trattenimento e di accoglienza per stranieri (articolo 12). Infine, l'articolo 15 dispone la copertura finanziaria del provvedimento ed incrementa il Fondo per interventi strutturali di politica economica (FISPE).

Evidenzia come, considerate le materie oggetto del decreto-legge in discussione, le competenze della Commissione Affari sociali siano assolutamente limitate e connesse soprattutto all'articolo 15 che, per quanto riguarda specificamente le coperture, dispone che si provveda attraverso una riduzione per complessivi 417,83 milioni di euro per il 2016 delle dotazioni di competenza e di cassa relative alle missioni e ai programmi di spesa degli stati di previsione dei Ministeri, come indicate nell'elenco di cui all'Allegato al decreto-legge.

In tale elenco è ricompreso il Ministero della salute, con una riduzione pari a 4 milioni e 100.000 euro (per quanto riguarda la missione « Tutela della salute »: 500.000 euro sul programma « Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante », 1 milione di euro sul programma « Sanità pubblica veterinaria », 400.000 euro sul programma « Programmazione del Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza », 1 milione di euro sul programma « Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano », 1 milione di euro sul programma « Sicurezza

degli alimenti e nutrizione »; per quanto riguarda la missione « Ricerca e innovazione », 200.000 euro sul programma « Ricerca per il settore della sanità pubblica »).

Fa presente, quindi, che nell'elenco di cui all'Allegato al decreto-legge in discussione è ricompreso altresì il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una riduzione pari a 5 milioni (2 milioni di euro sulla missione « Diritti sociali, politiche sociali e famiglia »).

Anna Margherita MIOTTO (PD), manifesta preoccupazione per la riduzione di 4 milioni di euro che il provvedimento in esame dispone sulla dotazione per il 2016 del Ministero della salute, sottolineando in particolare la necessità di fugare ogni preoccupazione circa le eventuali ripercussioni che tali misure potrebbero comportare anche per i prossimi anni.

Ezio Primo CASATI (PD), *relatore*, replica alle perplessità espressa dalla collega Miotto rilevando come la predetta riduzione appare essere sostanzialmente riconducibili a minori spese o a fondi non impegnati (o non impegnabili) entro la fine del 2016 da parte del Ministero competente.

Assicura comunque ampia disponibilità a svolgere gli opportuni approfondimenti, al fine di fugare ogni dubbio.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame alla seduta di domani.

La seduta termina alle 15.10.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.10 alle 15.20.

ALLEGATO 1

5-07920 Fabbri: Iniziative volte a garantire assistenza sanitaria di base ai minori stranieri presenti sul territorio nazionale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in esame, ritengo opportuno ricordare, *in primis*, che la Conferenza delle Regioni e Province autonome ha approvato, in data 7 settembre 2016, l'intesa al DPCM recante l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

Il provvedimento, allo stato, è all'esame della Presidenza del Consiglio dei Ministri che curerà la trasmissione al Parlamento per il prescritto parere delle competenti Commissioni parlamentari, tenuto conto che come è noto si tratta di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; fatta questa necessaria premessa, anticipo che lo schema ha aggiornato ed incluso ulteriori prestazioni sanitarie che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento del ticket.

Nell'ambito di tale provvedimento trovano particolare rilievo i contenuti di cui all'articolo 62, comma 4, che prevedono che « i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani residenti ».

È d'uopo segnalare che la tutela dei suddetti minori è stata già prevista nell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale n. 32 del 7 febbraio 2013 – documento che raccoglie le disposizioni normative nazionali e regionali al fine di garantire una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie a favore della popo-

lazione straniera – avendo disposto l'iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri, a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno.

Di conseguenza l'iscrizione al SSN consente la scelta del Pediatra di libera scelta (PLS) a tutti i minori « irregolari » assicurando, in tal modo, la continuità delle cure.

Completano il quadro normativo le disposizioni previste dal decreto legislativo 286/1998 « T.U. Disciplina dell'immigrazione e sulla condizione dello straniero », che all'articolo 35, ha assicurato ai cittadini non regolari, oltre ai programmi di medicina preventiva, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, garantendo in particolare:

la tutela della gravidanza e della maternità;

la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo;

l'erogazione di vaccinazioni;

interventi di profilassi internazionale;

la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei focolai.

Le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse sufficienti, ad ecce-

zione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria a parità di trattamento con il cittadino italiano. Lo stato di indigenza può essere auto dichiarato.

Il regolamento di attuazione, decreto del Presidente della Repubblica 394/1999,

ha ulteriormente disciplinato tale ultima disposizione, prevedendo all'articolo 43, comma 4 che in caso di insolvenza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, comprensive delle quote di partecipazione, le stesse siano poste a carico della ASL.

ALLEGATO 2

5-08256 Loreface: Sui ritardi nella pubblicazione del decreto di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e sull'inclusione nei medesimi dell'endometriosi.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come ho già riferito all'On.le Fabbri, ricordo che la Conferenza delle Regioni e Province autonome ha approvato, in data 7 settembre 2016, l'intesa al DPCM recante l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

Il provvedimento, allo stato, è all'esame della Presidenza del Consiglio dei Ministri che curerà la trasmissione al Parlamento per il prescritto parere delle competenti Commissioni parlamentari, tenuto conto che, come è noto, si tratta di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Nel merito delle questioni poste, ritengo doveroso precisare che il Ministero della salute è sempre stato molto attento alla tematica dell'endometriosi e alle profonde ripercussioni cui vanno incontro le pazienti affette da tale patologia nelle forme cliniche più gravi e diffuse. In tal senso si è inteso riconoscere, pertanto, a queste ultime il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo nell'ambito di percorsi di *follow-up*.

Pertanto, all'interno dell'aggiornamento complessivo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, è stato proposto l'inserimento della endometriosi nell'elenco delle patologie croniche ed invalidanti limitatamente agli stadi clinici III e IV della classificazione ASRM: i dati di letteratura disponibili stimano che questi stadi clinici riguardino il 10 per cento delle pazienti. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale concesse in esenzione si limitano a quelle appropriate per le esigenze assistenziali di monitoraggio della patologia, in considerazione della estensione della malattia stessa.

Colgo l'occasione per assicurare che i livelli essenziali di assistenza consentono l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria nei confronti di tutte le patologie e che nei nuovi LEA vengono inserite nuove patologie sottoposte a specifica tutela: in particolare, tra le malattie croniche ed invalidanti 6 nuove patologie, mentre tra le malattie rare oltre 110 nuove entità, tra singole malattie rare e gruppi.

ALLEGATO 3

5-09718 Brignone: Iniziative volte a garantire la tutela dei diritti e una migliore assistenza a tutti i malati terminali.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il Ministero della salute, attesa la gravità dell'episodio in esame, relativo al decesso di un paziente di 74 anni avvenuto il 24 settembre 2016 presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo di Roma, ha ritenuto necessario e urgente, disporre una ispezione, a cura del gruppo, istituito dal Ministro della salute il 27 marzo 2015.

L'Ispezione ha avuto luogo l'11 ottobre 2016. Di seguito riporto il contenuto della relazione preliminare presentata dagli ispettori.

«Il paziente era assistito presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero del San Camillo, dove era giunto con urgenza il 22 settembre alle ore 5, trasportato dal Servizio 118, per un dolore al fianco destro riferibile ad una caduta accidentale avvenuta circa 7 giorni prima.

Il paziente, affetto da una neoplasia prostatica con ripetizioni a livello epatico ed osseo, si presentava in condizioni generali mediocri, ma vigile ed orientato. Venivano effettuate le indagini diagnostiche e le terapie del caso. Nel corso della giornata le condizioni si aggravavano e, alle ore 13 circa, ne è stata data informazione alla famiglia.

Trascorse dodici ore dall'accesso e ritenuto, da parte dei medici del Pronto soccorso, di ricoverare il paziente, si procedeva alla ricerca di un posto letto adeguato in una Unità Operativa di medicina o di Oncologia all'interno del Presidio stesso. Durante l'attesa della disponibilità del posto letto, il paziente veniva allocato in un settore comunicante con l'area dedicata all'attività di Pronto Soccorso dei codici bianchi e verdi ed ivi, considerate le

condizioni terminali e nonostante l'assistenza clinica, alle ore 14,17 del 24 settembre 2016 avveniva *l'exitus*.

Sulla base della documentazione disponibile e dei colloqui intercorsi con la Dirigenza Generale e Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera e del Presidio, si evince che, pur essendo la gestione clinica del caso specifico condotta correttamente, la collocazione del paziente appare inidonea e non rispondente alle necessità dettate da un dignitoso contesto di accompagnamento fino *all'exitus*.

Il percorso di questo paziente va considerato nella sua interezza, dalla presa in carico territoriale da parte del medico di famiglia alla definizione di un percorso sia oncologico che assistenziale, fino al momento del ricovero in P.S., struttura oggetto della visita effettuata. Gli ispettori ritengono che molte delle cause che hanno portato ad una definizione di inappropriato percorso vadano individuate nella fase extraospedaliera. A questo scopo, si riservano di avviare una approfondita indagine conoscitiva sia sugli eventuali percorsi territoriali che riguardano il paziente, sia sulle tematiche più generali riguardanti la rete oncologica, la rete di presa in carico territoriale e gli aspetti legati all'assistenza domiciliare e/o presso strutture appropriate disponibili nella regione Lazio.

Per quanto riguarda, invece, la struttura di emergenza dell'Ospedale San Camillo, nel rinviare ad aspetti più di dettaglio e di approfondimento delle tematiche relative al fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso, dei rapporti spesso difficoltosi tra il Pronto Soccorso e

le strutture di ricovero, e di quelli ancor più problematici tra le strutture di ricovero e presa in carico, pubblica o privata, da parte di strutture di post acuzie o residenziali, si sottolinea che presso l'ospedale, a partire dal gennaio 2016, erano stati affrontati, con soluzioni idonee ed anche efficaci, nuove modalità di gestione dei percorsi e di alleggerimento del carico dei pazienti barellati in attesa di ricovero. Purtroppo, una serie di eventi imprevedibili, come un incendio nella "holding area" nonché un ritardo nel ripristinare l'efficacia di queste misure, hanno riportato la gestione alle precedenti criticità strutturali ».

Per superare le anomalie emerse in tale circostanza nella struttura, gli ispettori suggeriscono alcune prime raccomandazioni e proposte di miglioramento.

L'assenza di una Osservazione Breve Intensiva (OBI), e ancor più la precarietà dei locali e dei percorsi, richiedono una modifica strutturale più incisiva di quella provvisoriamente messa in atto, recentemente, con i fondi del Giubileo della Misericordia 2016.

In particolare, è necessaria l'istituzione di una adeguata OBI, di un'area per i colloqui psichiatrici più idonea e, naturalmente, di un locale più adatto ai pazienti terminali che necessitano di assistenza umanamente più dignitosa e che risultano essere assolutamente non infrequenti.

La frequenza di casi analoghi di pazienti terminali, anche se non tutti oncologici, registrata durante la visita effettuata (70 decessi nel 2015 e oltre 40 alla data del 30 settembre 2016) evidenzia, sicuramente, difetti di organizzazione a livello territoriale (percorsi oncologici per pazienti terminali, assistenza domiciliare integrata, comunicazione ospedale-territorio) e, pertanto, si ribadisce la necessità di una più approfondita analisi di questi ed altri aspetti della rete territoriale, rinviando gli opportuni suggerimenti nell'ambito della relazione definitiva.

Aggiungo, che gli esiti della ispezione che ho sopra riportato, sono stati sottoposti con nota del Ministro della salute in data 17 ottobre 2016, al Presidente Zingaretti – in qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Lazio –.

Successivamente, in data 24 ottobre 2016 è stato adottato il decreto del Commissario *ad acta* finalizzato a: incrementare lo standard regionale di posti nelle *hospice*; ridefinire ed aggiornare il fabbisogno regionale di posti in *hospice* – in ottemperanza alle indicazioni contenute nei Programmi Operativi 2016-2018; stabilire che la programmazione dei posti in *hospice* dovrà essere coerente con i LEA, demandare alle ASL la stipula di specifici accordi interaziendali, per la definizione di percorsi di presa in carico e di accesso ai servizi assistenziali.