

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

COMITATO RISTRETTO:

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori. C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti 93

INTERROGAZIONI:

5-08227 Fabbri: Livelli essenziali di assistenza garantiti nei casi di violenza e di aggressione ... 93
ALLEGATO 1 (Testo della risposta) 98
 5-09870 Agostinelli: Sui tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie 94
ALLEGATO 2 (Testo della risposta) 100

SEDE REFERENTE:

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. C. 3868 Governo, approvato dal Senato e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi e C. 3999 Elvira Savino (*Seguito dell'esame e rinvio*) 94
ALLEGATO 3 (Emendamenti ed articoli aggiuntivi approvati) 102
 Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori. C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti (*Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base*) 97
ALLEGATO 4 (Testo unificato elaborato dal Comitato ristretto adottato come testo base dalla Commissione) 104

COMITATO RISTRETTO

Mercoledì 7 giugno 2017.

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori.
C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 11.25 alle 11.55.

INTERROGAZIONI

Mercoledì 7 giugno 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 11.55.

5-08227 Fabbri: Livelli essenziali di assistenza garantiti nei casi di violenza e di aggressione.

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

Marilena FABBRI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, rilevando che il recente aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) può contribuire ad assicurare in maniera più omogenea l'erogazione sul territorio nazionale di alcune prestazioni, inclusa la chirurgia plastica, che rientrano nelle problematiche oggetto dell'atto di sindacato ispettivo.

Nell'osservare, tuttavia, che rimangono aperti alcuni temi, auspica che si possano prevenire eventuali disfunzioni nella concreta applicazione delle singole misure.

5-09870 Agostinelli: Sui tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

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

Donatella AGOSTINELLI (M5S), replicando, si dichiara totalmente insoddisfatta della risposta in quanto si sarebbe aspettata, da parte del Governo, non una semplice ricostruzione normativa, bensì l'assunzione di impegni concreti, finalizzati a trovare una soluzione ai gravi disagi segnalati attraverso la sua interrogazione. Nel ribadire la necessità di assicurare a tutti i cittadini un'assistenza sanitaria pubblica di livello adeguato, evidenzia che gli eccessivi tempi di attesa favoriscono di fatto le strutture private. Si riserva, in ogni caso, di approfondire il testo della risposta, anche al fine della presentazione di successivi atti di sindacato ispettivo.

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

La seduta termina alle 12.05.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 7 giugno 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 12.15.

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

C. 3868 Governo, approvato dal Senato e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi e C. 3999 Elvira Savino.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 1° giugno 2017.

Mario MARAZZITI, *presidente e relatore*, avverte che prima della seduta sono stati ritirati gli emendamenti Fauttilli 1.45 e 3.100 e l'articolo aggiuntivo Carnevali 3.01.

Avverte, altresì, che è stato presentato l'emendamento 1.100 del relatore (*vedi allegato 3*), in relazione al quale fissa il termine per la presentazione di eventuali subemendamenti alle ore 18 della giornata odierna.

Ricorda, poi, che nella precedente seduta è stato votato, da ultimo, l'emendamento Colonnese 3.89 e che sono stati accantonati gli emendamenti Gullo 3.5 e Paola Boldrini 3.30, nonché gli emendamenti Grillo 3.80, Rondini 3.38 e Nesci 3.81.

Esprime, quindi, parere contrario sugli emendamenti Gullo 3.5 e Paola Boldrini 3.30, nonché sugli emendamenti Grillo 3.80, Rondini 3.38 e Nesci 3.81.

Il sottosegretario Davide FARAONE esprime parere conforme a quello del relatore.

Paola BOLDRINI (PD) ritira l'emendamento a sua prima firma 3.30.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Gullo 3.5, Grillo 3.80, Rondini 3.38 e Nesci 3.81.

Mario MARAZZITI, *presidente e relatore*, in relazione alle restanti proposte emendative riferite all'articolo 3, esprime parere contrario sugli emendamenti Lorefice 3.90, Gullo 3.6, Silvia Giordano 3.91 e Gullo 3.7 e parere favorevole sull'emendamento Baroni 3.92. Raccomanda, quindi, l'approvazione del proprio emendamento 3.502, presentato nella seduta precedente, al quale non sono stati presentati subemendamenti, ed esprime parere contrario sugli emendamenti Mantero 3.93 e Rondini 3.40. Invita, quindi, al ritiro dell'emendamento Grillo 3.94, in quanto precluso dall'approvazione, nella seduta precedente, degli emendamenti Lenzi 3.17 e 3.20, come riformulati dalla presentatrice.

Esprime, poi, parere contrario sugli emendamenti Rondini 3.41, Nesci 3.95 e Rondini 3.42 e propone l'accantonamento dell'emendamento Lenzi 3.32, al fine di una sua possibile riformulazione.

Esprime, inoltre, parere contrario sugli emendamenti Colonnese 3.96, Rondini 3.43, Lorefice 3.97 e Rondini 3.44 e 3.45. Propone, infine, l'accantonamento del proprio emendamento 3.105 ed esprime parere favorevole sull'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02.

Il sottosegretario Davide FARAONE esprime parere conforme a quello del relatore.

La Commissione acconsente all'accantonamento degli emendamenti Lenzi 3.32 e 3.105 del relatore. Con distinte votazioni, respinge poi gli emendamenti Lorefice 3.90, Gullo 3.6, Silvia Giordano 3.91 e Gullo 3.7. Approva, quindi, l'emendamento Baroni 3.92 e l'emendamento 3.502 del relatore (*vedi allegato 4*) e respinge gli emendamenti Mantero 3.93 e Rondini 3.40.

Dalila NESCI (M5S) ritira l'emendamento Grillo 3.94, di cui è cofirmataria.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Rondini 3.41, Nesci 3.95, Rondini 3.42, Colonnese 3.96,

Rondini 3.43, Lorefice 3.97 e Rondini 3.44 e 3.45.

Paola BINETTI (Misto-UDC-IDEA) segnala che il contenuto dell'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02 può condizionare anche disposizioni recate in altri articoli del provvedimento, a partire dall'articolo 4, relativo all'istituzione della professione di osteopata. Nel ricordare come alcuni decenni fa molte attuali specializzazioni erano ricomprese in quella che veniva definita « clinica medica », osserva che non sempre è possibile evitare sovrapposizioni con alcune professioni sanitarie già riconosciute. A titolo esemplificativo, segnala che l'osteopatia può essere utilizzata anche in relazione a problemi che interessano la funzione intestinale. Per quanto concerne, in particolare, il comma 5 della proposta emendativa in discussione, ricorda che la figura dell'educatore professionale è oggetto di una specifica proposta di legge approvata dalla Camera e attualmente all'esame del Senato, in relazione alla quale ha già evidenziato il problema costituito dagli educatori privi di specifica formazione in ambito sanitario. In ragione delle criticità rilevate, chiede al relatore di valutare l'accantonamento dell'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02.

Elena CARNEVALI (PD) esprime soddisfazione per il parere favorevole espresso sull'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02, di cui è cofirmataria. A suo avviso, esso favorisce un approccio multidisciplinare ad alcune problematiche sanitarie, senza peraltro interferire con altre disposizioni del provvedimento in esame, incluso l'articolo 4, relativo agli osteopati. Sottolinea l'importanza di un riconoscimento dell'area delle professioni sociosanitarie, anche in ragione della loro crescente rilevanza in un contesto che vede la riduzione del numero dei posti letto e delle giornate medie di degenza, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza e delle cure.

Vittoria D'INCECCO (PD) sottoscrive l'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02.

Mario MARAZZITI, *presidente e relatore*, conferma il proprio parere favorevole sull'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02, il cui contenuto agevola il superamento di una visione « ospedalocentrica » adottando un modello di continuità sociosanitaria aperto al territorio e volto a migliorare la qualità della vita dei pazienti, in particolare i malati cronici, e dello stesso Servizio sanitario nazionale. Nel ritenere infondati i timori espressi dalla collega Binetti in relazione a possibili ricadute della proposta emendativa in esame rispetto ad altri articoli del provvedimento in oggetto, esprime apprezzamento per l'atteggiamento di apertura assunto dal Governo.

La Commissione approva l'articolo aggiuntivo Lenzi 3.02 (*vedi allegato 4*).

Mario MARAZZITI, *presidente e relatore*, avverte che sono stati votati tutti gli emendamenti riferiti all'articolo 3, ad eccezione dei seguenti: Elvira Savino 3.101, accantonato per essere esaminato insieme agli altri emendamenti riguardanti nuove professioni sanitarie, Lenzi 3.11 e Grillo 3.53, già accantonati nelle sedute precedenti, Lenzi 3.32 e 3.105 del relatore, accantonati nella seduta odierna.

Avverte che la Commissione procederà ora all'esame delle proposte emendative riferite all'articolo 1, compreso l'articolo aggiuntivo Rondini 2.01, che per l'argomento trattato era stato accantonato, per esaminarlo nell'ambito dell'articolo 1.

Esprime, quindi, parere favorevole sull'emendamento Binetti 1.12, parere contrario sugli emendamenti Binetti 1.16 e Mantero 1.22, parere favorevole sull'emendamento Binetti 1.17 e parere contrario sugli emendamenti Colonnese 1.23 e 1.24.

Esprime parere favorevole sull'emendamento Fossati 1.2, a condizione che sia riformulato nei seguenti termini: « Al comma 2, lettera c), aggiungere, in fine, le seguenti parole: prevedendo anche la definizione, attraverso un decreto del Ministro della salute, dei requisiti minimi per i medesimi centri anche al fine di una loro più omogenea presenza sul territorio nazionale, in conformità al regolamento (UE)

n. 536/2014 ». Invita, pertanto, al ritiro i presentatori del successivo emendamento Fossati 1.5 che risulterebbe assorbito dall'approvazione dell'emendamento 1.2.

Esprime parere contrario sugli emendamenti Fossati 1.3, Murer 1.4, Fossati 1.6, Lorefice 1.25, Grillo 1.26, 1.27 e 1.28 e Binetti 1.18. Propone di accantonare gli emendamenti Miotto 1.42 e Binetti 1.19, relativi ai Comitati etici, preannunciano l'intenzione di presentare una proposta emendativa in relazione a tale tema.

Esprime parere favorevole sull'emendamento Binetti 1.20, parere contrario sugli emendamenti Baroni 1.29 e Nesci 1.30 e propone di accantonare l'emendamento Colonnese 1.31. Esprime, quindi, parere contrario sugli emendamenti Murer 1.7 e Lorefice 1.32 e propone di accantonare l'emendamento 1.43 del relatore.

Esprime parere favorevole sull'emendamento Silvia Giordano 1.33 a condizione che sia riformulato nei seguenti termini: « Al comma 2, lettera g), numero 4), aggiungere, in fine, le seguenti parole: sulla base delle dichiarazioni rese dai soggetti coinvolti nella sperimentazione ».

Esprime, poi, parere contrario sugli emendamenti Grillo 1.34, Nesci 1.35, Lorefice 1.37, Colonnese 1.36, Binetti 1.13 e raccomanda l'approvazione del proprio emendamento 1.44. Esprime, quindi, parere contrario sugli emendamenti Murer 1.8, Binetti 1.14 e Fossati 1.9 e raccomanda l'approvazione del proprio emendamento 1.100, invitando pertanto al ritiro dell'emendamento Binetti 1.21, che risulterebbe precluso.

Esprime, quindi, parere favorevole sugli emendamenti Binetti 1.15, Murer 1.10 e Silvia Giordano 1.38 e parere contrario sugli emendamenti Silvia Giordano 1.39 e Fossati 1.11. Propone, altresì, l'accantonamento dell'emendamento Baroni 1.40, esprime parere contrario sull'emendamento Brignone 1.1, parere favorevole sull'emendamento Fauttilli 1.46, parere contrario sull'emendamento Mantero 1.41 e parere favorevole sull'articolo aggiuntivo Paola Boldrini 1.01. Esprime, infine, parere contrario sull'articolo aggiuntivo Rondini 2.01.

Elena CARNEVALI (PD) e Vittoria D'INCECCO (PD) sottoscrivono l'articolo aggiuntivo Paola Boldrini 1.01.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nel ricordare che alcuni deputati, impossibilitati a partecipare alla seduta odierna, hanno richiesto di non procedere in tale seduta alle votazioni delle proposte emendative riferite all'articolo 1, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori.

C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti.

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta dell'8 marzo 2016.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che il Comitato ristretto, al termine dei propri lavori, ha elaborato una proposta di testo unificato delle predette proposte di legge in titolo.

Essendo entrambi i relatori, deputati Baroni e Burtone, impossibilitati a partecipare alla seduta odierna, procede in loro vece ad illustrare la suddetta proposta di testo unificato (*vedi allegato 5*), manifestando apprezzamento per le modalità con cui si sono svolti i lavori del Comitato ristretto, all'insegna della collaborazione tra i diversi gruppi parlamentari, e per l'apertura dimostrata dal Governo. Evidenza, in particolare, lo sforzo compiuto dai relatori e dagli altri componenti del Comitato ristretto, di ridefinire il contenuto del testo del provvedimento a seguito dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017, in materia di registri dei tumori.

Si sofferma, poi, su alcune parti del testo predisposto dal Comitato ristretto, come l'articolo 1, istitutivo della rete na-

zionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza, e l'articolo 4, istitutivo del referto epidemiologico.

Alberto ZOLEZZI (M5S), nell'esprimere soddisfazione per il testo elaborato dal Comitato ristretto, ritiene importante la proposta di costituire una rete nazionale dei registri dei tumori, anche al fine di stimolare le regioni finora inadempienti in tale ambito. Segnalando l'esigenza di definire in maniera più precisa i criteri di raccolta dei dati, eventualmente attraverso specifiche proposte emendative, si riserva di approfondire eventuali criticità nell'applicazione delle misure previste sul territorio.

Anna Margherita MIOTTO (PD) sottolinea che il lavoro svolto in sede di Comitato ristretto ha consentito di procedere nella direzione richiesta dai colleghi del Movimento 5 Stelle e rileva che il testo proposto può agevolare una sorta di *moral suasion* nei confronti delle regioni che non hanno finora istituito i registri dei tumori, anche attraverso l'attivazione di strumenti ispettivi nei loro confronti, tenuto conto dei limiti posti dall'attuale assetto costituzionale.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di adottare come testo base per il prosieguo dell'esame il testo unificato elaborato dal Comitato ristretto.

Mario MARAZZITI, *presidente*, propone di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti alle ore 17 di lunedì 12 giugno.

La Commissione concorda.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nell'ipotizzare che i lavori della Commissione potrebbero anche proseguire in sede legislativa qualora ce ne fossero i presupposti, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.05.

ALLEGATO 1

5-08227 Fabbri: Livelli essenziali di assistenza garantiti nei casi di violenza e di aggressione.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Com'è ben noto agli on.li interroganti, in questa legislatura sono state adottate le prime, significative misure a tutela delle vittime di reati che attengono alla sfera, che deve ritenersi in ipotesi più protetta, delle relazioni sentimentali e familiari.

Mi riferisco, ovviamente, al decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito in legge 15 ottobre 2013, n. 119, recante, tra l'altro, disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere.

Con tale provvedimento si è inteso, innanzitutto, rendere più incisivi gli strumenti della repressione penale dei fenomeni di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale e di atti persecutori (cosiddetto *stalking*).

Assieme a tali misure, orientate ad una strategia preventiva particolarmente rafforzata, sempre in questa legislatura, grazie alla rinnovata attenzione dedicata ai fenomeni in parola, si è reso possibile anche approntare ulteriori misure di sostegno a beneficio dei soggetti coinvolti negli episodi in parola.

E così, con riferimento alle iniziative di competenza del Ministero della salute, desidero segnalare come la recente adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante « Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza » abbia consentito l'inserimento di prestazioni che potranno riguardare, senza dubbio, anche le vittime di siffatti reati.

Il citato decreto prevede, infatti, che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale, il Servizio sanitario nazionale garantisca alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni,

anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate in diversi ambiti di attività, alcuni dei quali sono specificamente dedicati alle problematiche evidenziate dagli Onorevoli interroganti: mi riferisco alla prevenzione, alla valutazione, all'assistenza nonché al supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o alle vittime di maltrattamenti e abusi oltre che alla prevenzione, all'individuazione precoce e all'assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale.

Per questi casi, il citato decreto prevede che vengano erogate le prestazioni necessarie alla consulenza e all'assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia, alla psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), al supporto psicologico e sociale ai nuclei familiari in condizioni di disagio, nonché ai rapporti con il Tribunale dei minori e agli adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.).

Desidero inoltre precisare, relativamente alle prestazioni di chirurgia plastica, che esse sono garantite, a carico del SSN, anche nei casi, riportati dagli Onorevoli interroganti, riferiti, ad esempio, alla ricostruzione di un viso sfregiato: tali casi di violenza, infatti, sono riconducibili alla previsione normativa relativa agli « incidenti » di cui all'articolo 38 comma 5 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui LEA.

Per completezza d'informazione, concludo illustrando le iniziative intraprese dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali a beneficio della tutela dei minori,

i quali pure, purtroppo, risultano spesso vittime di episodi quali quelli indicati dagli onorevoli interroganti.

Con il « IV Piano Nazionale di Azione e di Interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva », approvato il 28 luglio 2016, il citato Ministero intende, infatti, perseguire il rafforzamento della genitorialità attraverso azioni atte a rinforzare il sistema di promozione, prevenzione e protezione dei bambini in situazioni di vulnerabilità; in tale ambito, obiettivo specifico del Piano è, in particolare, garantire il diritto alla cura delle vittime di abuso e maltrattamenti tramite esperienze riparative ed interventi di psicoterapia da assicurare anche nella fase di emergenza.

Più nel dettaglio, gli interventi previsti nel Piano ricomprendono l'istituzione di un

tavolo di lavoro tecnico scientifico nazionale per la definizione degli « *standard* protettivi » appropriati per le vittime (sostegni domiciliari, interventi di supporto, accoglienza fuori famiglia) in relazione al danno subito, da attivare dopo una valutazione complessiva delle specifiche situazioni da parte della rete integrata dei servizi socio sanitari ed educativi; specifiche risorse economiche e professionali sono, infine, previste, nell'ambito del Piano, per le finalità di potenziamento della rete integrata dei servizi al fine di realizzare interventi specialistici e per la valutazione e la cura delle esperienze traumatiche (quali: psicoterapia, attivazione delle risorse familiari positive e progettazione di percorsi riparativi tramite esperienze relazionali correttive).

ALLEGATO 2

5-09870 Agostinelli: Sui tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in esame, desidero preliminarmente far presente che la materia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie rientra nella piena autonomia organizzativa delle Regioni.

Allo Stato, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, compete, invece, indicare obiettivi generali, i quali, con riferimento alla materia in argomento, sono contenuti nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012, tuttora vigente.

Fornire servizi in tempi congrui e rispondenti ai bisogni dei cittadini rientra, peraltro, già da anni tra i criteri di valutazione delle Regioni alle quali annualmente il Ministero della salute richiede le informazioni previste dalla normativa vigente per accedere al maggior finanziamento del SSN.

Ciò posto, al fine di risolvere una serie di criticità emerse anche in sede di verifiche degli adempimenti LEA, condotte nel corso degli anni dal Ministero della salute, si è reso necessario addivene in tempi rapidi ad un nuovo Piano di governo delle liste di attesa 2017-2019. A tal proposito anticipo, fin da ora, che è già stata elaborata una bozza che, prima di continuare l'iter in conferenza Stato regioni, sarà rivista e condivisa dall'istituendo Tavolo Tecnico formato da Ministero, Regioni e Province autonome, Agenas, Istituto Superiore di Sanità e altri *stakeholder*.

È evidente, pertanto, che le linee di intervento declinate dalle Regioni nei rispettivi Piani regionali, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale in tema di programmazione sanitaria, do-

vranno prevedere un allineamento con i contenuti del nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2017-2019.

Nello specifico, il nuovo Piano, proprio al fine del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche, prevederà un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione « per conto e a carico delle aziende », nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione « a favore e a carico dell'utente » che ne faccia richiesta: per quest'ultime, infatti, dovranno essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati.

Le Regioni, nei loro Piani regionali, dovranno, quindi, fornire chiare informazioni all'utenza sulla attività in libera professione « per conto e a carico delle aziende », che andrà tenuta ben distinta dalla attività in libera professione « a favore e a carico dell'utente ».

Le Regioni, inoltre, dovranno provvedere ad una riorganizzazione aziendale che tenga conto del rafforzamento della responsabilità sull'attività in libera professione intramuraria oltre che delle nuove modalità di gestione delle agende di prenotazione; ulteriori iniziative, poi, dovranno essere adottate in relazione alle questioni concernenti il personale Medico e ausiliario, agli aspetti contrattuali e alle verifiche sull'utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione o ristrutturazione degli spazi aziendali interni e delle acquisizioni dall'esterno.

Nel prossimo Piano nazionale sarà richiesto, inoltre, un ulteriore impegno alle

Direzioni aziendali che saranno chiamate a verificare i volumi erogati e a confrontarli con i volumi istituzionali.

Inoltre – e vengo, così, all'altro quesito posto dall'onorevole interrogante – il nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa includerà tra gli interventi regolatori una eventuale riduzione o sospensione delle attività in libera professione intramoenia nei casi in cui i tempi di attesa della attività istituzionale superino in modo sistematico e rilevante quelli massimi indicati dalla programmazione regionale in riferimento alle classi di priorità sancite dal Piano nazionale; la riduzione e/o la sospensione cesserà solo dal momento in cui saranno ripristinati i tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti.

Desidero inoltre informare che nell'attuale bozza di Piano nazionale sono indi-

cate anche le modalità alternative di erogazione di quelle prestazioni che superano i tempi stabiliti, oltre che le misure inerenti l'appropriatezza prescrittiva, la piena operatività dei CUP e le altre modalità di raccolta delle informazioni su tempi e liste di attesa.

Desidero, infine, rimarcare che il nuovo Piano 2017-2019 prevederà tra gli obiettivi di valutazione dei Direttori generali, proprio la riduzione dei tempi di attesa.

Alla luce di quanto esposto, ritengo, dunque, di poter rassicurare l'Onorevole interrogante sull'impegno profuso dal Ministero della salute al fine di garantire, attraverso una razionalizzazione delle liste e dei tempi di attesa, un sistema sanitario efficiente ed equo, in grado di assicurare il rispetto della tempestività delle prestazioni e, quindi, un miglioramento della qualità della vita di tutti i cittadini.

ALLEGATO 3

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. C. 3868 Governo, approvato dal Senato e C. 334 Catanoso Genoese, C. 993 Rondini, C. 1088 Grimoldi, C. 1229 Lenzi, C. 1429 Fabbri, C. 1961 Miotto, C. 2518 Binetti, C. 2781 Lodolini, C. 3263 Gregori, C. 3307 Vezzali, C. 3319 Vezzali, C. 3377 Lenzi e C. 3999 Elvira Savino.

EMENDAMENTI ED ARTICOLI AGGIUNTIVI APPROVATI

ART. 3.

Al comma 5, sostituire la parola: novanta con la seguente: trenta.

- 3. 92.** Baroni, Grillo, Mantero, Silvia Giordano, Loreface, Colonnese, Nesci, Dall'Osso, Di Vita.

Al comma 5, lettera a), dopo la parola: elezione aggiungere le seguenti: , con metodo democratico,.

- 3. 502.** Il Relatore.

Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

ART. 3-bis.

(Istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie).

1. Per una complessiva tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale, in applicazione dell'articolo 6 dell'Intesa raggiunta, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il nuovo Patto

per la salute per gli anni 2014-2016, è istituita l'area delle professioni sociosanitarie, secondo quanto previsto dall'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. In attuazione del comma 1, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sono individuati nuovi profili professionali sociosanitari. L'individuazione dei nuovi profili professionali sociosanitari, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel suddetto Patto per la salute e nei Piani sanitari e sociosanitari regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute.

3. Gli accordi di cui al comma 2 individuano l'ambito di attività dei profili professionali sociosanitari definendo le funzioni caratterizzanti ed evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

4. Con successivo accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti ai fini dell'esercizio dei profili professionali di cui ai commi precedenti. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentite le competenti Commissioni parlamentari e acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di

sanità, è definito l'ordinamento didattico della formazione dei profili professionali sociosanitari.

5. Sono ricompresi nell'area professionale del presente articolo i preesistenti profili professionali di operatore sociosanitario, delle professioni di assistente sociale, di sociologo e di educatore professionale, modificandone la precedente collocazione normativa.

3. 02. Lenzi, Carnevali, Beni, Mariano, Miotto, D'Incecco.

ALLEGATO 4

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori. C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti.

**TESTO UNIFICATO ELABORATO DAL COMITATO RISTRETTO
ADOTTATO COME TESTO BASE DALLA COMMISSIONE**

Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e del referto epidemiologico nel controllo sanitario della popolazione.

CAPO I

**ISTITUZIONE DELLA RETE NAZIONALE
DEI REGISTRI DEI TUMORI E DEI SISTEMI
DI SORVEGLIANZA**

ART. 1.

(Istituzione della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza).

1. È istituita la Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza già identificati ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017, recante « Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie », di attuazione dell'articolo 12, comma 11 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, per le seguenti finalità:

a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico;

b) messa in atto di misure di controllo epidemiologico delle malattie oncologiche e infettive;

c) studio dell'incidenza e della prevalenza delle malattie oncologiche e infettive, per poterne monitorare la diffusione e l'andamento;

d) sorveglianza epidemiologica per ridurre il rischio di introduzione o reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo;

e) prevenzione primaria e secondaria;

f) studio di morbosità e mortalità per malattie oncologiche e infettive;

g) semplificazione delle procedure di scambio dati, facilitazione della trasmissione degli stessi e loro tutela;

h) studio e monitoraggio dei fattori di rischio delle malattie sorvegliate.

2. I dati che possono essere inseriti nella Rete di cui al comma 1, le modalità relative al loro trattamento, i soggetti che possono avere accesso alla medesima Rete e i dati che possono essere oggetto dell'accesso stesso, le misure per la custodia e la sicurezza dei predetti dati nonché le modalità con cui è garantito agli interessati, in ogni momento, l'esercizio dei diritti previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni, sono individuati e disciplinati con regolamento da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modifi-

cazioni, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nella Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza di cui al comma 1 è il Ministero della salute.

4. Le attività e i compiti della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza sono svolti nel rispetto dei seguenti principi:

a) i dati devono essere validati scientificamente secondo gli standard qualitativi previsti in sede internazionale dall'Agencia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) dell'Organizzazione mondiale della sanità, relativi a casi diagnosticati di neoplasia;

b) i dati devono essere trattati per le finalità di cui al comma 1, e allo scopo di: produrre dati di incidenza, mortalità, sopravvivenza, tipologia e prevalenza dei tumori; descrivere il rischio della malattia per sede e per tipo di tumore, per età, per genere; contribuire, attraverso i dati prodotti, alla rilevazione di eventuali differenze nell'accesso alle cure erogate al paziente oncologico in relazione alle condizioni socio-economiche e all'area geografica di provenienza, anche in riferimento a cause di malattia derivanti da inquinamento ambientale; effettuare analisi statistico-epidemiologiche, anche con riferimento ai tumori rari; fornire un'informazione continua e completa nei confronti della popolazione a livello nazionale e regionale; monitorare l'efficacia dei programmi di screening oncologici tradizionali e sperimentali attivi e operativi presso le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; sostenere e monitorare gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto dell'inquinamento ambientale sull'incidenza della patologia oncologica attraverso uno studio integrato sulle matrici ambientali e umane.

5. Per le finalità di cui alla presente legge, possono essere stipulati, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, accordi di collaborazione con Università e con Centri di ricerca pubblici e privati.

ART. 2.

(Partecipazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale all'attività della Rete nazionale dei registri dei tumori).

1. Per le finalità della presente legge, possono essere stipulati, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, accordi di collaborazione con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale più rappresentative e attive nella tutela della salute umana e della prevenzione oncologica, purché dotate di codici etici e di condotta che prevedono la risoluzione di ogni conflitto d'interesse e che improntano la loro attività alla massima trasparenza, anche attraverso la pubblicazione, sui siti internet, degli statuti e degli atti costitutivi, della composizione degli organismi direttivi, dei bilanci, dei verbali e di tutti gli atti di sovvenzione a qualsiasi titolo ricevuti.

2. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale di cui al comma 1 possono avanzare proposte in relazione a iniziative finalizzate allo sviluppo e alla valorizzazione dell'attività della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza. In caso di mancato accoglimento di tali proposte, alle organizzazioni e associazioni di cui al periodo precedente deve essere fornita una risposta scritta e motivata, entro tre mesi dalla data di presentazione della proposta.

ART. 3.

(Modifica all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179).

1. All'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con mo-

dificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, al comma 11, le parole: « sono aggiornati periodicamente con la stessa procedura » sono sostituite dalle seguenti: « sono aggiornati periodicamente con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali. ».

CAPO II

ISTITUZIONE DEL REFERTO EPIDEMIOLOGICO

ART. 4.

(Istituzione del referto epidemiologico).

1. Al fine di garantire un controllo permanente dello stato di salute della popolazione, anche nell'ambito dei sistemi di sorveglianza, dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie identificati ai sensi dell'articolo 12, comma 11, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, il Ministro della

salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana un decreto per l'istituzione del referto epidemiologico, al fine di disciplinare il trattamento, l'elaborazione, il monitoraggio continuo e l'aggiornamento periodico dei dati del referto epidemiologico.

2. Ai fini della presente legge, per « referto epidemiologico » s'intende il dato aggregato o macrodato corrispondente alla valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale, attraverso la valutazione dell'incidenza delle malattie, del numero e delle cause dei decessi, come rilevabili dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle cartelle cliniche, al fine di individuare la diffusione e l'andamento di specifiche patologie e identificare eventuali criticità di origine ambientale, professionale o socio-sanitaria.