

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### INTERROGAZIONI:

5-00360 Siani: Rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti nell'area della « Terra dei fuochi » .....	76
ALLEGATO 1 (Testo della risposta) .....	81
5-00388 Rizzetto: Iniziative per assicurare un'adeguata presenza dei medici di base nei territori di montagna .....	77
ALLEGATO 2 (Testo della risposta) .....	84

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie. C. 491 Massimo Enrico Baroni (Seguito dell'esame e rinvio) .....	77
---	----

#### SEDE CONSULTIVA:

Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici. C. 1189 Governo (Parere alle Commissioni riunite I e II) (Esame e rinvio) .....	79
--	----

#### INTERROGAZIONI

*Mercoledì 7 novembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

#### La seduta comincia alle 14.15.

**5-00360 Siani: Rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti nell'area della « Terra dei fuochi ».**

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

Paolo SIANI (PD), replicando, precisa preliminarmente che il numero di novanta

comuni interessati, riportato nella sua interrogazione, corrisponde alla realtà di fatto in quanto molti di essi, pur ricadendo nell'area interessata da gravi fenomeni di inquinamento, non hanno fatto richiesta di essere inseriti nel perimetro della cosiddetta « Terra dei fuochi ». Sottolinea che si è in presenza di un dramma di assoluto rilievo, che inevitabilmente aumenterà nel tempo. Sollecita pertanto un impegno da parte del Governo, ricordando, in particolare, che il registro dei tumori pediatrico operante in quell'area non percepisce un finanziamento strutturale, pur costituendo un fondamentale strumento di monitoraggio.

Richiede, quindi, che sia prestata una particolare attenzione su tale aspetto.

Ribadisce, inoltre, il dato relativo all'aumento del numero di casi di tumore

della tiroide nei minori, pur riconoscendo che non è chiara la causa di tale fenomeno, e invita a prestare particolare attenzione alle donne in gravidanza. Insiste, infine, sull'accelerazione dell'azione di bonifica, ricordando che in ogni caso sarà inevitabile registrare, nei prossimi anni, un aumento dei tumori nella popolazione residente in quell'area.

**5-00388 Rizzetto: Iniziative per assicurare un'adeguata presenza dei medici di base nei territori di montagna.**

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

Marcello GEMMATO (FdI), in qualità di cofirmatario dell'interrogazione in titolo, nel ringraziare il rappresentante del Governo per la risposta puntuale e articolata, insiste sulle criticità legate all'accorpamento delle aziende sanitarie, con conseguente insufficienza della rete relativa ai territori di montagna.

Ricorda, in proposito, che incrementi eccessivi di ambiti operativi rendono difficile l'accesso alle cure mediche agli abitanti di alcune zone remote, vanificando di fatto il diritto alla salute per tutti i cittadini, previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

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

**La seduta termina alle 14.40.**

#### SEDE REFERENTE

*Mercoledì 7 novembre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

**La seduta comincia alle 14.40.**

**Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie.**

**C. 491 Massimo Enrico Baroni.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta dell'11 settembre 2018.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che sul provvedimento in titolo la Commissione ha svolto un ampio ciclo di audizioni informali, iniziato il 26 settembre scorso e conclusosi nella giornata di ieri, acquisendo una copiosa documentazione.

Ricorda, altresì, che si era convenuto di procedere alla discussione al termine delle audizioni.

Dà, quindi, la parola ai deputati che intendono intervenire.

Massimo Enrico BARONI (M5S), nel sottolineare che l'ampio ciclo di audizioni svolte ha fornito diversi spunti utili, rileva che occorrerà del tempo per approfondire il documento scritto inviato nei giorni scorsi dal Garante per la *privacy*. Segnala, infatti, che il tema della *privacy* costituisce un elemento centrale della normativa che si vuole introdurre, richiamando in proposito l'esperienza relativa alla discussione delle proposte di legge relative all'istituzione dei registri dei tumori che ha avuto luogo nella passata legislatura.

Auspiciando lo svolgimento di una discussione approfondita sulla proposta di legge in esame, osserva che nel corso delle audizioni sono emerse alcune criticità. Si dichiara dispiaciuto del fatto che alcuni dei rilievi critici formulati appaiono dettati da una diffidenza aprioristica, motivata in parte da interessi corporativi. Al riguardo, invita ad approfondire l'esperienza francese, concernente un sistema giuridico assai simile a quello italiano.

Ritiene utile, in questa fase, riportare alcuni dati contenuti nel documento di monitoraggio relativo alla normativa sulla trasparenza in ambito sanitario, redatto

dalla Corte dei conti francese. Dal documento risulta che complessivamente, in un'annualità, sono stati registrati 700 mila *record* per una erogazione complessiva di oltre 180 milioni di euro. Oltre il 90 per cento delle transazioni avvengono tra l'industria e gli operatori sanitari, con il coinvolgimento di quasi mille aziende. Rileva in proposito che quasi l'80 per cento delle somme erogate si riferisce al 10 per cento delle imprese operanti in ambito sanitario. Nel ricordare che i dati riguardano circa 187 mila medici, osserva che il *database* segnala alcuni fenomeni di concentrazione, registrando in dieci casi contributi tra i 30 mila e i 70 mila euro. La relazione della Corte dei conti francese conferma, quindi, che l'introduzione di una normativa per la trasparenza in ambito sanitario rappresenta uno strumento efficace per prevenire i conflitti di interesse. Ribadisce in proposito, in linea con quanto emerso nel corso dell'audizione dell'Autorità nazionale anticorruzione, la necessità di adottare un sistema di *open data* per finalità comparative.

Evidenzia, infine, come i dati che emergono dall'esperienza francese costituiscano un elemento di conforto rispetto alla proposta di introdurre una normativa analoga anche nel nostro Paese.

Ubaldo PAGANO (PD), nel rilevare che, pur con sfumature diverse, la maggior parte degli auditi ha espresso un giudizio favorevole sulla proposta di legge in discussione, osserva che l'adozione di una legge in materia permetterebbe di rafforzare, anche attraverso un adeguato impianto sanzionatorio, quanto previsto in materia di trasparenza dai vigenti codici di autoregolamentazione.

Pur condividendo l'impianto generale della proposta, sottolinea che il testo presenta alcuni elementi di criticità, segnalati anche nel corso delle audizioni, risultando per alcuni aspetti troppo pervasivo e per altri di difficile applicazione. Preannuncia, pertanto, la volontà del Partito democratico di proporre in sede emendativa modifiche e integrazioni, recependo anche le proposte di chi ha una concreta espe-

rienza della realtà sanitaria italiana, al di là di quanto accade in Francia o negli Stati Uniti.

Entrando nel merito, segnala innanzitutto l'opportunità di specificare meglio il richiamo al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 2013, recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

In relazione all'articolo 2, ravvisa la necessità, condivisa da molti auditi, di adottare definizioni più rigorose e precise, al fine di evitare difficoltà interpretative e conseguenti contenziosi, includendo anche soggetti attualmente non ricompresi nella normativa proposta. Segnala, inoltre, l'esigenza di introdurre una disposizione specifica per quanto riguarda l'educazione continua in medicina (ECM), anche al fine di evitare che il costo della formazione obbligatoria ricada sugli operatori sanitari.

Per quanto concerne l'articolo 3, segnala l'opportunità di innalzare il valore minimo delle erogazioni che assumono rilevanza, eventualmente anche rinviando, come suggerito dall'ANAC, a un decreto ministeriale, al fine di evitare un eccessivo aggravio burocratico. In relazione al secondo comma di tale articolo, occorre meglio definire la relazione di interesse e, per quanto concerne il comma 5, invita a prevedere una periodizzazione meno frequente delle comunicazioni.

Osserva, poi, che l'articolo 4 necessita di una riformulazione, risultando allo stato attuale di difficile applicazione. Segnala in proposito la necessità di non pregiudicare il dialogo necessario tra settore pubblico e quello privato.

Sottolinea, quindi, che lo strumento del registro pubblico telematico previsto dall'articolo 5 appare assai utile, ma ritiene impensabile attuarlo senza prevedere nuove risorse sia finanziarie che di personale, dovendo gestire dati sensibili. In relazione all'articolo 6, appare opportuno a suo avviso definire in maniera precisa a quale organo del Ministero affidare le funzioni in materia di vigilanza e sanzioni.

Vito DE FILIPPO (PD), riallacciandosi all'intervento del collega Pagano, segnala

che la prossima legge di bilancio potrebbe essere lo strumento attraverso il quale reperire le risorse necessarie al fine di implementare il provvedimento in esame.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta, in cui potrà proseguire la discussione.

**La seduta termina alle 15.10.**

#### SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 7 novembre 2018. — Presidenza del presidente Marialucia LOREFICE.*

**La seduta comincia alle 15.10.**

**Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici.**

**C. 1189 Governo.**

(Parere alle Commissioni riunite I e II).

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che il disegno di legge n. 1189 è calendarizzato per l'esame in Assemblea a partire da lunedì 12 novembre. Comunica quindi che allo stato non è possibile conoscere i tempi di conclusione dell'esame degli emendamenti presso le Commissioni di merito.

Mara LAPIA (M5S), *relatrice*, fa presente che la Commissione è chiamata a esprimere il parere di competenza alle Commissioni Affari costituzionali e Giustizia sul disegno di legge Atto Camera 1189, di iniziativa del Governo, recante misure volte al rafforzamento del contrasto alla corruzione.

In termini molto sintetici, segnala che si tratta di un provvedimento articolato e

complesso, il cui capo I, composto dagli articoli da 1 a 6, modifica il codice penale, il codice di procedura penale, il codice civile, l'ordinamento penitenziario e alcune leggi speciali, con l'obiettivo di potenziare l'attività di prevenzione, accertamento e repressione dei reati contro la pubblica amministrazione. Nella relazione illustrativa, il Governo motiva le modifiche all'ordinamento penale previste dal provvedimento in esame con l'esigenza di recepire alcune raccomandazioni rivolte al nostro legislatore da organismi internazionali, quali l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico), attraverso l'attività del *Working Group on Bribery*, chiamato a verificare l'attuazione della Convenzione sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali (1997), e il Consiglio d'Europa, tramite l'attività del Gruppo di Stati contro la corruzione, il cosiddetto GRECO.

Il capo II del disegno di legge, composto dagli articoli da 7 a 12, reca norme in materia di trasparenza e controllo dei partiti e movimenti politici nonché disposizioni riguardanti le fondazioni politiche. Nella relazione illustrativa si ricorda che sul tema del finanziamento dei partiti sono intervenuti i periodici rapporti elaborati dal gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) nell'ambito dell'attività di monitoraggio con gli strumenti di lotta alla corruzione del Consiglio d'Europa.

Rileva che, al di là dell'indubbia rilevanza delle materie trattate dal disegno di legge in oggetto, le disposizioni afferenti alle competenze della Commissione Affari sociali sono decisamente limitate.

Al riguardo, richiama l'articolo 1, che al comma 1, lettera *q*), interviene sull'articolo 649-*bis* del codice penale, estendendo le ipotesi di perseguibilità d'ufficio di alcuni delitti contro il patrimonio. In particolare, rispetto all'attuale formulazione del predetto articolo 649-*bis*, che in relazione ai delitti di truffa, di frode informatica e di appropriazione indebita aggravata dall'abuso di autorità prevede la procedibilità d'ufficio solo nel caso in cui ricorrano circostanze aggravanti ad effetto

speciale, la riforma aggiunge altre due ipotesi: fatti commessi nei confronti di persona incapace per età o per infermità; danno arrecato alla persona offesa di rilevante gravità.

Richiama, altresì, la disposizione di cui all'articolo 5, finalizzata ad estendere la disciplina delle operazioni di polizia sotto copertura al contrasto di alcuni reati contro la pubblica amministrazione. In tal senso, si modifica l'articolo 9, comma 1, lettera *a*), della legge n. 146 del 2006, che contiene il quadro normativo di riferimento delle tecniche investigative speciali riconducibili alla tipologia generale delle operazioni coperte. Attualmente tale disposizione esclude la punibilità per gli ufficiali di polizia giudiziaria i quali, al solo fine di acquisire elementi di prova in ordine a specifici reati, abbiano condotte, individuate dalla norma, che costituirebbero fattispecie delittuose. Accanto all'ampliamento del catalogo dei delitti per cui è consentito il ricorso alle speciali tecniche investigative, la disposizione in commento amplia il novero delle condotte scriminate già contemplate dalla vigente disposizione di legge. In particolare, non è considerata

punibile la condotta che consista nell'acquisto, ricezione, sostituzione o occultamento anche di « altra utilità » oltre che (come già previsto dalla normativa vigente) di denaro, armi, documenti, sostanze stupefacenti o psicotrope. Le medesime attività sono consentite in relazione a beni o cose che possono consistere anche nel « prezzo » e non più solo nell'oggetto, prodotto, profitto, o mezzo per commettere il reato, nonché all'accettazione dell'offerta o la promessa dello stesso.

Ai fini della predisposizione della proposta di parere, si riserva di valutare le considerazioni che potranno emergere dalla discussione in merito alle disposizioni citate nella relazione ovvero ad altri temi connessi al contenuto del disegno di legge, purché rientranti in materie oggetto della competenza della Commissione Affari sociali.

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

**La seduta termina alle 15.15.**

## ALLEGATO 1

**5-00360 Siani: Rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti nell'area della «Terra dei fuochi».****TESTO DELLA RISPOSTA**

Innanzitutto intendo ringraziare gli Onorevoli interroganti poiché mi consentono di fornire a questa Commissione un quadro informativo completo su di un tema che è stato posto da subito tra le priorità di azione di questo Governo.

Prima di entrare nel merito, corre tuttavia l'obbligo di effettuare una precisazione.

I Comuni da annoverare nel perimetro della cosiddetta «Terra dei Fuochi» sono stati puntualmente indicati dalla legge n. 6/2014: essi, tuttavia, corrispondono al numero di 55, e non di 90, come riferito nell'interrogazione parlamentare in discussione.

Fatta questa precisazione, rammento che per effetto della legge citata, l'Istituto superiore di sanità (ISS) è stato incaricato di effettuare un aggiornamento della situazione epidemiologica su tali comuni, secondo la metodologia dello Studio SENTIERI.

I risultati di tale indagine, eseguita nei termini prescritti dalla legge, sono stati consegnati al Ministro della salute e al Presidente della Regione Campania nel maggio 2014, nonché pubblicati in un Rapporto dedicato (Rapporti ISTISAN 15/27), tuttora disponibile sul sito *web* dell'Istituto.

In merito ai contenuti delle analisi effettuate, si rappresenta quanto segue.

Al fine di una valutazione dei rischi per la salute associabili alle situazioni di contaminazione ambientale, sono state selezionate specifiche patologie da analizzare, definite di interesse *a priori*, in base alle conoscenze disponibili, secondo il metodo

SENTIERI: e cioè quelle che siano state riportate in studi precedenti come associabili a siti di smaltimento non controllato di rifiuti pericolosi, ovvero ad inceneritori di vecchia generazione.

Per tali patologie, sono stati considerati i seguenti esiti: mortalità e ricoveri e, per le patologie oncologiche, l'incidenza.

La mortalità è stata analizzata utilizzando la Base dei Dati della Mortalità per Causa in Italia, elaborata dal Servizio Tecnico-Scientifico di Statistica dell'Istituto, a partire dai dati di popolazione dell'ISTAT (Istituto nazionale di statistica).

Tali indagini hanno riguardato il periodo 2003-2011, escluso il biennio 2004-2005.

L'analisi delle ospedalizzazioni ha utilizzato la Base dei Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), elaborata dal Servizio Tecnico-Scientifico di Statistica dell'Istituto, a partire dai dati rilasciati dal Ministero della salute e dai dati demografici rilasciati dall'ISTAT.

Tale analisi, riferita al periodo 2005-2011, ha riguardato le persone ricoverate sulla base della diagnosi principale riportata nella scheda di dimissione ospedaliera.

Sia per la mortalità che per le ospedalizzazioni sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR) e di Ospedalizzazione (SHR) rispetto alla popolazione regionale.

Sono stati comparati il numero di osservati (deceduti e ospedalizzati) rispetto al numero di quelli attesi; è stato inoltre valutato se la popolazione di riferimento avesse sperimentato i livelli di mortalità e

di ospedalizzazione simili a quelli della restante popolazione regionale, tenendo conto della distribuzione dell'età e dello stato socio-economico (stime aggiustate per Indice di Deprivazione).

Le analisi di mortalità ed ospedalizzazione sono state effettuate per ognuno dei 55 Comuni e, separatamente, per i due gruppi dei 32 Comuni della « Terra dei Fuochi » della Provincia di Napoli e dei 23 Comuni della Provincia di Caserta.

L'analisi dell'incidenza delle patologie oncologiche è stata, invece, possibile solo in 17 Comuni della Provincia di Napoli – quelli serviti dal Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 Sud, l'unico Registro Tumori dell'area allora accreditato presso l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) e l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) – ed ha riguardato il periodo 1996-2010.

Per ognuno dei 17 Comuni e per l'insieme di essi sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Incidenza (SIR) rispetto al numero degli attesi, calcolati sull'insieme dei Registri Tumori dell'Italia Centro-Meridionale, disponibili presso la Banca Dati AIRTUM.

Anche riguardo a tali Rapporti Standardizzati di Incidenza (SIR), si è tenuto conto della distribuzione per età e dello stato socio-economico (Indice di Deprivazione) delle popolazioni.

I tre indicatori SMR, SHR, SIR, sono stati tutti corredati dai valori dell'intervallo di Confidenza (IC) al 90 per cento di probabilità.

Ciò detto in relazione alla metodologia attuata, il Rapporto ISTISAN ha evidenziato che il profilo di salute della popolazione residente nella Terra dei Fuochi è caratterizzato da una serie di eccessi della mortalità, dell'incidenza tumorale e dell'ospedalizzazione per diverse patologie, che ammettono, fra i loro fattori di rischio accertati o sospetti, l'esposizione a inquinanti, emessi o rilasciati da siti di smaltimento illegale di rifiuti pericolosi e per combustione incontrollata di rifiuti sia pericolosi, sia solidi urbani.

Nel rimandare per le specifiche dei dati, aggregati e/o distinti per singolo Co-

mune, alle tabelle contenute nel citato Rapporto ISISTAN 15/27, posso sinteticamente riferire, in questa sede, che sia incidenza che la mortalità per l'insieme dei tumori maligni hanno presentato valori in eccesso nell'area considerata rispetto al restante territorio regionale e alle altre aree coperte dai Registri Tumori dell'Italia Centro-Meridionale.

Per quanto riguarda i rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti che vivono nei Comuni in esame e l'incidenza delle patologie tumorali, l'Istituto ha precisato che le analisi condotte nel corso delle predette indagini sulla Terra dei Fuochi hanno mostrato alcune criticità nel profilo di salute dei bambini residenti nei Comuni di entrambe le Province di Napoli e Caserta, rispetto a tutti i bambini della Regione Campania (per mortalità e ricoveri) e a tutti i bambini delle aree coperte dai Registri Tumori dell'Italia Centro-Meridionale (per l'incidenza del cancro).

In particolare, nel primo anno di vita, nei 17 Comuni della provincia di Napoli presi in esame, si registra un eccesso di incidenza di tumori maligni (22 casi; Rapporto Standardizzato di Incidenza-SIR=115; Intervallo di Confidenza (IC) 90 per cento 78-164) e, soprattutto, di quelli del sistema nervoso centrale.

Si osserva, altresì, un eccesso di bambini ricoverati per leucemie (24 casi Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione-SHR=145; Intervallo di Confidenza (IC) 90 per cento 104-202).

In età pediatrica (0-14 anni), permane l'eccesso di incidenza per i tumori del sistema nervoso centrale, basato su 43 casi (SIR=142; IC 90 per cento 108-183), che trova riscontro nell'eccesso di bambini ricoverati per la stessa causa (113 casi, SHR=117; IC 90 per cento 100-137).

Estendendo le analisi all'età adolescenziale (0-19 anni), permane l'eccesso per i tumori del sistema nervoso centrale, sia come incidenza (51 casi, SIR=129; IC 90 per cento 101-163) che come numero di ricoverati (138 casi, SHR=119; IC 90 per cento 103-137).

Per quanto riguarda i 23 Comuni della Provincia di Caserta, l'indagine dell'ISS

mostra, per il primo anno di vita, un eccesso nel numero di bambini ricoverati per tutti i tumori (45 casi, SHR=168; IC 90 per cento 131-214), e in particolare per i tumori del sistema nervoso centrale (11 casi, SHR=189; IC 90 per cento 116-309).

Un eccesso nel numero di ricoverati per leucemie si evidenzia in età pediatrica (98 casi, SHR=123; IC 90 per cento 104-145) e pediatrico-adolescenziale 0-19 anni (119 osservati, SHR=121; IC 90 per cento 104-141).

Per quanto riguarda i tumori della tiroide, per i quali è stato posto uno specifico quesito da parte dell'onorevole interrogante, l'Istituto ha precisato che il cancro della tiroide non era tra le patologie tumorali analizzate dall'indagine effettuata sulla fascia di età pediatrico-adolescenziale.

Ciò, tuttavia, è dovuto alla circostanza – riferita dall'Istituto – che al momento non risultano studi che evidenziano un eccesso di incidenza di questa patologia tra gli adolescenti che risiedono nei Comuni della Terra dei Fuochi.

Per completezza, si segnala, infine, che è in corso di pubblicazione l'aggiornamento del Progetto SENTIERI, oggetto del Progetto CCM « Un sistema permanente di sorveglianza epidemiologica nei siti contaminati: implementazione dello studio epidemiologico SENTIERI » (2016-2017), finanziato dal Ministero della salute e coordinato dall'Istituto, il quale include, tra i siti indagati, il Litorale Domizio-Flegreo.

Detto aggiornamento prevede, per tutte le aree indagate, le analisi di mortalità ed ospedalizzazione e, laddove disponibili, dell'incidenza oncologica.

Si deve evidenziare, al riguardo, che il Litorale Domizio Flegreo include 77 Comuni, 38 dei quali rientrano tra i 55 Comuni della Terra dei Fuochi; per tale

sito, inoltre, sono disponibili i dati di mortalità e di ospedalizzazione, ma non di incidenza oncologica.

In conclusione, l'Istituto Superiore di Sanità, sulla base dei dati sopra sinteticamente riportati, ritiene che vi siano elementi di criticità per la salute delle popolazioni adulte ed infantili che risiedono nella Terra dei Fuochi, tali da giustificare l'urgente attuazione di piani di risanamento ambientale e l'immediata cessazione delle pratiche illegali di smaltimento e combustione dei rifiuti.

Pertanto, l'Istituto ha sempre evidenziato l'implementazione di interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, e più in generale assistenziali, in merito ai quali il Ministero della salute ha offerto la propria disponibilità.

In particolare, nel rimarcare che la competenza di questo Ministero risiede soprattutto in ciò, posso dare assicurazione all'onorevole interrogante che verranno intraprese tutte le iniziative finalizzate a consolidare un sistema permanente di sorveglianza epidemiologica per le popolazioni residenti nel territorio delle Province di Napoli e Caserta, che sia caratterizzato da una integrazione dei dati ambientali e sanitari, con la collaborazione degli Enti nazionali, regionali e locali coinvolti nella problematica.

Desidero, peraltro, concludere che l'attenzione per le politiche di prevenzione – in merito ad una situazione che, spiace ricordare, era ben nota da anni – ha trovato subito un segnale di intervento concreto da parte di questo Governo, che nell'ambito di uno dei suoi primi provvedimenti (il decreto di riordino delle competenze dei Ministeri) ha assegnato al Ministero dell'ambiente, proprio in quell'ottica di necessaria tutela preventiva evidenziata dal Rapporto dell'Istituto nel 2014, le primarie competenze al riguardo.

## ALLEGATO 2

**5-00388 Rizzetto: Iniziative per assicurare un'adeguata presenza dei medici di base nei territori di montagna.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla problematica segnalata nell'interrogazione parlamentare, avente ad oggetto una questione attinente l'organizzazione dei servizi sanitari in ambito regionale, devo preliminarmente segnalare che il Ministero della salute ha dovuto acquisire le necessarie informazioni dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, che ha inteso precisare quanto segue.

Preliminarmente la Regione ha voluto rimarcare che il vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, esecutivo dal 2009, all'articolo 33, comma 3, prevede che: «Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppo di comuni o distretti».

Il successivo comma 5 dispone che: «L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 7.000 abitanti anagraficamente residenti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità ma comunque non inferiore a 5.000».

Inoltre, il comma 9 dell'articolo 33 stabilisce che: «Per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1.000 abitanti residenti o frazione di 1.000 superiore a 500» ma «le Regioni possono indicare per ambiti ter-

ritoriali dell'assistenza primaria e per l'intero territorio regionale un diverso rapporto medico/popolazione residente (rapporto ottimale). La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30 per cento».

La Regione segnala inoltre che, a seguito dell'Accordo del 6 dicembre 2011 con le Organizzazioni Sindacali di categoria, reso esecutivo con Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 2479/2011, in considerazione della bassa densità della popolazione friulana, della distanza tra comuni e della difficile percorrenza delle vie di comunicazione, soprattutto nelle zone montane, le Aziende Sanitarie sono state autorizzate ad individuare ambiti territoriali inferiori a 7.000 abitanti residenti, ma mai comunque inferiori a 5.000.

Inoltre, viene prevista la possibilità, nelle zone «disagiaticissime», di incentivare la presenza del medico attraverso accordi aziendali che favoriscano l'esercizio delle attività professionali a condizioni agevolate.

A tal riguardo, nella Regione Friuli Venezia Giulia, con la DGR n. 3131/2005, sono state individuate le zone «disagiaticissime» e «disagiate a popolazione sparsa», e per favorire in tali zone l'insediamento di medici, sono stati definiti a loro vantaggio dei compensi accessori annui «*pro capite*».

Allo scopo di evitare una eccessiva frammentazione dell'assistenza primaria, il citato Accordo del 6 dicembre 2011 ha definito per il territorio regionale un rap-

porto ottimale di 1 medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650 abitanti, fatto salvo per gli ambiti che presentino congiuntamente almeno un comune « disagiatissimo » e tutti i comuni compresi nell'ambito con popolazione inferiore a 5.000 residenti, dove viene applicato, invece, un rapporto ottimale di 1 medico ogni 1.000 abitanti residenti o frazione di 1.000 superiore a 500.

Nel contempo, vengono anche confermate le deroghe al rapporto ottimale, inferiore a 1/1.000, già concesse per situazioni particolari, come ad esempio, le zone montane e a popolazione sparsa.

Pertanto, la Regione Friuli Venezia Giulia non può in ogni caso intervenire unilateralmente per apportare eventuali modifiche all'attuale rapporto ottimale, se non a seguito di ulteriori contrattazioni con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

Quanto alla procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, la Regione rammenta che essa viene attualmente regolata dal citato ACN del 2009: l'articolo 34 prevede la pubblicazione nel Bollettino Ufficiale regionale dell'elenco degli ambiti carenti, individuati dalle Aziende Sanitarie, due volte ogni anno, alla data del 1° marzo e del 1° settembre.

Peraltro, per effetto del recente ACN del 21 giugno 2018, a partire dal 1° gennaio 2019, la procedura per l'assegnazione degli incarichi di assistenza primaria viene modificata allo scopo di favorire l'inserimento dei medici, con la previsione, entro la fine di marzo di ogni anno, della pubblicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende Sanitarie.

Dette disposizioni, derivanti dalla contrattazione nazionale, non sono oggetto di diversa contrattazione di livello decentrato.

Inoltre, il medico è libero di presentare o meno la domanda per l'assegnazione di un determinato ambito territoriale carente pubblicato.

Da ultimo, la Regione ha segnalato che, sulla base delle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni e del Coordinamento tecnico della Commissione salute, ha provveduto ad aumentare, con proprio finanziamento, il numero dei posti a concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2018/2021, portandolo a 40 posti.

Detto ciò in relazione al quesito specifico posto dall'onorevole interrogante, desidero, tuttavia, precisare che la più ampia problematica della carenza dei medici di medicina generale sul territorio nazionale rientra tra le priorità di intervento in ambito sanitario di questo Governo.

Ciò è dimostrato dall'intervento già effettuato in seno di disegno di legge di bilancio finalizzato al finanziamento, con 10 milioni di euro, di ulteriori borse di studio (circa 250 in più) per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione a decorrere dall'anno 2019, nonché da ulteriori e più complessive misure di sistema – che verranno presentate a breve in sede parlamentare – finalizzate ad agevolare la copertura delle sedi carenti senza che sia in alcun modo pregiudicato il percorso di alto accrescimento professionale richiesto per l'esercizio del ruolo di medico di medicina generale.