

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Ratifica ed esecuzione delle seguenti Convenzioni: <i>a)</i> Convenzione sulla salute e la sicurezza dei lavoratori, n. 155, fatta a Ginevra il 22 giugno 1981, e relativo Protocollo, fatto a Ginevra il 20 giugno 2002; <i>b)</i> Convenzione sul quadro promozionale per la salute e la sicurezza sul lavoro, n. 187, fatta a Ginevra il 15 giugno 2006. C. 914, approvata dal Senato (Parere alla III Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	121
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	123
INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:	
5-00622 Zanella: Iniziative per garantire la tutela della salute degli abitanti della zona di Porto Marghera	123
ALLEGATO 1 (<i>Testo della risposta</i>)	125
5-00623 Loizzo: Iniziative per l'inserimento delle maculopatie degenerative nel Piano nazionale della cronicità	123
ALLEGATO 2 (<i>Testo della risposta</i>)	126
5-00624 Malavasi: Interventi volti ad assicurare la realizzazione della sanità territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR	124
ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>)	127
5-00625 Marianna Ricciardi: Trattamento intensivo precoce per le persone affette da disturbi dello spettro autistico	124
ALLEGATO 4 (<i>Testo della risposta</i>)	129
5-00626 Vietri: Iniziative per arginare la problematica dei medici « gettonisti »	124
ALLEGATO 5 (<i>Testo della risposta</i>)	131

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 29 marzo 2023. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 14.30.

Ratifica ed esecuzione delle seguenti Convenzioni: *a)* Convenzione sulla salute e la sicurezza dei lavoratori, n. 155, fatta a Ginevra il 22 giugno 1981, e relativo Protocollo, fatto a Ginevra il 20 giugno 2002; *b)* Convenzione sul quadro promozionale per la salute

e la sicurezza sul lavoro, n. 187, fatta a Ginevra il 15 giugno 2006.

C. 914, approvata dal Senato.

(Parere alla III Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Francesco Maria Salvatore CIANCITTO (FDI), *relatore*, ricorda che la XII Commissione è chiamata, in sede consultiva, ad

esaminare la proposta di legge recante « Ratifica ed esecuzione delle seguenti Convenzioni: a) Convenzione sulla salute e la sicurezza dei lavoratori, n. 155, fatta a Ginevra il 22 giugno 1981, e relativo Protocollo, fatto a Ginevra il 20 giugno 2002; b) Convenzione sul quadro promozionale per la salute e la sicurezza sul lavoro, n. 187, fatta a Ginevra il 15 giugno 2006 » (C. 914, approvata dal Senato), ai fini dell'espressione del parere alla III Commissione (Affari esteri).

Osserva che la proposta in esame reca l'autorizzazione alla ratifica e l'ordine di esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) n. 155 e del relativo Protocollo del 2002, nonché della Convenzione OIL n. 187 (articolo 1 e 2). Essa, inoltre, riporta una clausola di invarianza finanziaria (articolo 3) e dispone l'entrata in vigore della legge di autorizzazione alla ratifica il giorno successivo a quello della sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* (articolo 4).

Rileva come le due Convenzioni internazionali siano finalizzate a contribuire a prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e a creare un ambiente di lavoro sempre più sicuro e salubre. Esse mirano a costituire un quadro di riferimento per una politica nazionale che promuova il dialogo sociale, la definizione delle funzioni e delle responsabilità dei soggetti coinvolti e l'approfondimento della conoscenza delle tematiche legate alla sicurezza sul lavoro.

Per quanto concerne la Convenzione n. 155 del 1981, composta da trenta articoli, la parte prima (articoli 1-3) contiene l'ambito di applicazione della Convenzione e le definizioni dei termini utilizzati. Vengono quindi definiti (articoli 4-7) i principi di una politica nazionale in materia di salute e sicurezza dei lavoratori e di ambiente di lavoro, che punti alla riduzione al minimo delle cause di rischio e che sia soggetta a cicli periodici di revisione (articoli 4-7). A tal proposito, si chiede agli Stati di adottare un quadro coerente di leggi, regolamenti e prassi, con particolare riferimento ai macchinari e alle attrezzature e sostanze per uso professionale, con un si-

stema ispettivo adeguato. Si chiede inoltre di favorire l'inclusione delle questioni di sicurezza e di salute in ambiente lavorativo nei programmi educativi e formativi a tutti i livelli, e di coinvolgere le organizzazioni rappresentative nella definizione delle politiche in materia (articoli 8-15). La Convenzione definisce, altresì, le azioni a livello dell'impresa (articoli 16-21), indicando gli obblighi dei datori di lavoro al fine di assicurare che luoghi di lavoro, macchinari, materiali e procedimenti lavorativi, come anche sostanze e agenti chimici, fisici e biologici da impiegare nei procedimenti stessi, non presentino rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, e prevedendo forme di collaborazione fra i rappresentanti dei lavoratori e datori di lavoro nell'ambito della sicurezza e dell'igiene. La Convenzione reca, infine, alcune clausole finali (articoli 22-30).

Il Protocollo relativo alla Convenzione n. 155, risalente al 2002, composto da dodici articoli, è finalizzato a migliorare i metodi di registrazione e raccolta e di analisi statistica dei dati sugli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali, in vista di una loro armonizzazione a livello mondiale.

Osserva altresì che la Convenzione n. 187 del 2006 è composta da quattordici articoli e fornisce, in primo luogo, indicazioni su come sviluppare una coerente politica nazionale in materia di prevenzione e su come avviare un circolo virtuoso di miglioramenti basato sulla revisione periodica delle politiche e delle misure adottate. Definisce, poi, i contorni della politica nazionale (articolo 3) volta a sviluppare una cultura nazionale di prevenzione in materia di sicurezza e di salute sul lavoro, inclusiva della diffusione di informazioni, dello strumento delle consultazioni e di elementi di formazione. Prevede quindi che ogni Stato membro stabilisca, mantenga e sviluppi un proprio sistema nazionale di sicurezza e di salute sul lavoro che includa la legislazione, i contratti collettivi e ogni altro strumento rilevante in materia, nonché misure volte a promuovere, a livello di impresa la cooperazione fra le parti (articolo 4).

Le parti hanno l'obbligo di elaborare, valutare e riesaminare periodicamente un Programma nazionale di sicurezza e salute sul lavoro (articolo 5). Gli articoli 6-14 recano, infine, le clausole finali.

Segnala, in linea con quanto già evidenziato nella relazione svolta in sede referente presso la Commissione di merito, che le previsioni di cui si è dato conto sono già attuate nell'ordinamento giuridico italiano, ferma restando la necessità di un loro costante aggiornamento alla luce degli obiettivi indicati dalla Convenzione. L'Italia è tenuta alla ratifica degli atti in esame in quanto membro dell'OIL.

Formula, quindi, una proposta di parere favorevole.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 14.40.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.40 alle 14.50.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Mercoledì 29 marzo 2023. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Marcello Gemmato.

La seduta comincia alle 14.55.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati. Avverte, inoltre, che è consentita la partecipazione in videoconferenza alla seduta odierna, secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento.

5-00622 Zanella: Iniziative per garantire la tutela della salute degli abitanti della zona di Porto Marghera.

Luana ZANELLA (AVS) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Luana ZANELLA (AVS), replicando, ricorda che l'area in cui si dovrebbe realizzare l'intervento oggetto della sua interrogazione è particolarmente afflitta da problemi sanitari collegati all'inquinamento. Evidenzia che sarebbe pertanto necessario adottare un principio di precauzione, prevedendo una moratoria in relazione alla costruzione del progettato termovalorizzatore.

Segnala come recenti studi condotti negli Stati Uniti abbiano confermato che la combustione di sostanze contenenti PFAS non assicura un'efficace tutela della salute a meno che tale combustione non sia effettuata a temperature assai elevate, che non si possono raggiungere nell'impianto progettato.

5-00623 Loizzo: Iniziative per l'inserimento delle maculopatie degenerative nel Piano nazionale della cronicità.

Simona LOIZZO (LEGA) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Simona LOIZZO (LEGA), replicando, si dichiara molto soddisfatta della risposta fornita dal sottosegretario e si rallegra per quanto annunciato in ordine all'inserimento delle maculopatie degenerative nel prossimo aggiornamento del Piano nazionale cronicità.

5-00624 Malavasi: Interventi volti ad assicurare la realizzazione della sanità territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR.

Ilenia MALAVASI (PD-IDP) illustra l'interrogazione in titolo, precisando che non vi è alcuna intenzione di criticare l'operato dell'attuale Governo in quanto è sicuramente nell'interesse di tutti attuare gli interventi previsti dal PNRR al fine di assicurare la tenuta del Servizio sanitario nazionale.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*), ringraziando per lo spirito collaborativo con il quale viene posto il quesito.

Ilenia MALAVASI (PD-IDP), replicando, dichiara di non dubitare che il Governo terrà fede agli impegni assunti con la risposta, rilevando quanto sia importante svolgere un monitoraggio efficace per non sprecare risorse preziose per il sistema sanitario nazionale e per fornire alle regioni il supporto necessario a raggiungere gli obiettivi prefissati. Auspica che la Commissione Affari sociali possa seguire con attenzione l'attuazione dei progetti connessi al PNRR, ribadendo l'importanza di una nuova visione della sanità territoriale rispetto alla quale vi è forte attesa da parte della cittadinanza, che necessita dell'impegno di tutte le forze politiche.

5-00625 Marianna Ricciardi: Trattamento intensivo precoce per le persone affette da disturbi dello spettro autistico.

Marianna RICCIARDI (M5S) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Marianna RICCIARDI (M5S), replicando, ringrazia il sottosegretario ed esprime soddisfazione per quanto affermato nella risposta, che pare smentire le preoccupazioni in ordine ai presunti esoneri dall'obbligo del trattamento intensivo precoce previsti dalle linee guida n. 21 sull'autismo. Sottolinea l'importanza di concentrarsi sulla diagnosi in età precoce e segnala le forti differenze di trattamento e di monitoraggio che si riscontrano nelle diverse regioni.

Preannuncia, quindi, la presentazione di un ulteriore atto di sindacato ispettivo sui temi appena citati.

5-00626 Vietri: Iniziative per arginare la problematica dei medici « gettonisti »

Imma VIETRI (FDI) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Marcello GEMMATO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Imma VIETRI (FDI), replicando, ringrazia il sottosegretario Gemmato per l'attenzione dimostrata e per il suo impegno, dicendosi certa che il Governo saprà monitorare l'attuazione degli interventi deliberati nella giornata di ieri dal Consiglio dei ministri a tutela del Servizio sanitario nazionale e del personale che vi opera.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 15.45.

ALLEGATO 1

5-00622 Zanella: Iniziative per garantire la tutela della salute degli abitanti della zona di Porto Marghera.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, la competenza in materia di autorizzazione degli impianti per la gestione dei rifiuti rientra negli ambiti delle Amministrazioni regionali, ai sensi dell'articolo 196, comma 1, lettere *d*) ed *e*), del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

L'Area di Porto Marghera (Venezia) è classificata Sito di Bonifica di Interesse Nazionale, ed è quindi sotto il costante controllo del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica.

Come indicato nell'atto ispettivo in esame, in data 10 novembre 2022, « Eni Rewind S.p.A. » ha presentato alla Regione del Veneto istanza per l'attivazione di procedimento per il rilascio di Provvedimento Autorizzatorio Unico Regionale per la realizzazione di un impianto di valorizzazione fanghi da depurazione civile, da realizzarsi presso il Sito di Bonifica di Interesse Nazionale di Porto Marghera.

Per gli aspetti di competenza, segnalo che l'Istituto superiore di sanità ha precisato, in riferimento al Sesto Rapporto Sentieri, che l'eziologia delle patologie studiate in « Sentieri » è generalmente multifattoriale, con alcune rarissime eccezioni – ad esempio il mesotelioma e l'esposizione ad amianto – e non sempre è completamente nota.

L'osservazione di un eccesso di casi patologici è certamente un segnale da rilevare, ma la quantificazione del rischio attribuibile all'esposizione a specifici inquinanti ambientali, in « Sentieri » non è possibile.

In effetti, la sussistenza di fattori occupazionali, socio-economici, la disponibilità e la qualità dei Servizi Sanitari, i determinanti genetici e quelli legati agli stili di vita (sedentarietà, fumo, consumo di alcolici), possono contribuire, insieme alla esposizione ai contaminanti ambientali, a determinare gli ec-

cessi di molte patologie che vengono rilevati nelle aree sottoposte ad osservazione.

Tuttavia, per alcune patologie si dispone di una « maggiore verosimiglianza » del possibile ruolo, causale e/o concausale, che i fattori ambientali possono aver avuto nel determinare gli eccessi rilevati.

Peraltro, il disegno di studio epidemiologico applicato in « Sentieri » è « di tipo descrittivo », e rileva eccessi di rischio a livello di popolazione, che non possono fornire indicazioni sui possibili fattori di rischio che hanno agito, o agiscono tuttora, sui singoli individui.

Inoltre, il Sesto Rapporto Sentieri non dispone dei dati raccolti dai Registri Tumori, e non può valutare il rischio di incidenza di neoplasie nelle aree sottoposte a studio.

Per il « SIN » di Porto Marghera, il Sesto Rapporto Sentieri raccomanda che, data la disponibilità di flussi informativi sanitari accreditati, tra i quali vi è il Registro Tumori del Veneto, vengano realizzati studi analitici rivolti ad integrare i dati sanitari e i dati di esposizione ambientale e occupazionale: tra tali studi, quelli « di coorte residenziali » possono essere di importante rilievo per il « SIN » di Porto Marghera.

Nel merito della specifica problematica, l'Istituto superiore di sanità al momento attuale non dispone di dati esaustivi sugli effetti di un impatto aggiuntivo, che l'attivazione di un impianto di trattamento di fanghi potrebbe avere sull'esposizione e sul relativo carico di patologie della popolazione residente nell'Area di Porto Marghera.

Concludo, rassicurando che nel rispetto dei limitati profili di competenza – nella materia in esame – sarà verificata ogni possibile iniziativa affinché siano rispettate le disposizioni vigenti in materia.

ALLEGATO 2

5-00623 Loizzo: Iniziative per l'inserimento delle maculopatie degenerative nel Piano nazionale della cronicità.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, la maculopatia degenerativa è una degenerazione della zona centrale della retina che provoca una serie di alterazioni anatomiche e funzionali, in grado di portare ad una perdita della visione centrale.

Si caratterizza per una lenta disgregazione delle cellule al centro della retina – gli strati sensibili alla luce del tessuto nervoso nella parte posteriore dell'occhio – legata all'età avanzata > 65 anni.

Il processo degenerativo maculare è dovuto alla sclerosi dei vasi localizzati sotto la retina, nonché all'accumulo di lipidi e alle alterazioni del metabolismo dell'epitelio pigmentato retinico. In queste condizioni il fisiologico metabolismo della retina è impedito. Si differenzia in una forma non essudativa o « secca » e in una forma essudativa o « umida », ed è una malattia multifattoriale.

I sintomi clinici interessano solo l'apparato oculare, non compromettendo altri apparati, pertanto, non è definita una patologia multisistemica.

La diagnosi iniziale non è complessa in quanto si effettua mediante visita oculistica con esame del fondo oculare. È possibile anche effettuare un test autosomministrato, la cosiddetta griglia di Amsler, utile per monitorare l'evoluzione della patologia.

I trattamenti per la forma cosiddetta « secca » consistono nella prescrizione di integratori alimentari per ridurre il rischio che la patologia evolva in forma essudativa o « umida ».

In caso di degenerazione maculare essudativa il trattamento più diffuso si avvale

invece di iniezioni intravitreali di farmaci che contrastano la formazione di nuovi vasi.

Svolte queste considerazioni di natura tecnica, per quanto attiene l'accesso alle cure, ricordo che per i pazienti affetti da maculopatia degenerativa il Servizio Sanitario Nazionale già prevede di usufruire delle prestazioni e dei servizi erogati, sia in fase diagnostica che di monitoraggio, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

L'erogazione di ausili agli assistiti affetti da grave limitazione della funzione visiva o affetti da cecità con oneri a carico del Sistema Sanitario Nazionale è garantita, per i dispositivi previsti dall'Allegato 5 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, alle condizioni elencate nell'articolo 18 (Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica).

Nel merito della specifica questione posta, tenuto conto che nell'ambito del Piano Nazionale Cronicità, sono già inserite patologie con caratteristiche multisistemiche – che richiedono sia un approccio multidisciplinare che l'attivazione di una rete per la presa in carico globale del paziente – si provvederà, tenuto conto del presente *question time*, ad informare la Cabina di Regia Nazionale del Piano Nazionale di Cronicità (ricostituita con decreto ministeriale del 22 marzo 2022) affinché sia valutato l'inserimento delle maculopatie degenerative nel futuro aggiornamento del Piano.

ALLEGATO 3

5-00624 Malavasi: Interventi volti ad assicurare la realizzazione della sanità territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento agli investimenti ricompresi nell'ambito dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS), e nello specifico sugli investimenti che hanno Milestone in scadenza al T1 e T2 2023 (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), si forniscono i seguenti elementi informativi per rappresentare le attività svolte dall'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della salute finalizzate al coordinamento della gestione e del monitoraggio degli investimenti assegnati alle regioni e province autonome, in qualità di soggetti attuatori.

Preme innanzitutto evidenziare che i dati relativi allo stato di attuazione sono stati trasmessi dalle regioni e province autonome nelle more della registrazione sul sistema Regis la cui conclusione è attesa al 31 marzo 2023 e sarà validata entro il 20 aprile 2023 e, pertanto, attualmente non si rilevano elementi ostativi al raggiungimento degli obiettivi nei tempi previsti anche in considerazione dell'anticipazione dei *target* T2 e T4 di fine giugno 2023 e di fine dicembre 2023.

E infatti, la predetta Unità di missione del Ministero della salute rappresenta quanto segue in ordine alle attività svolte.

Il CIS prevede, come organi di *governance*, il Tavolo Istituzionale, i Nuclei Tecnici e la figura del Responsabile Unico di Contratto (RUC) e i Referenti Unici delle Parti. Nell'ambito dei Nuclei Tecnici tenuti a partire dal mese di luglio, sono state accompagnate le Regioni nel dare avvio all'attuazione degli interventi, classificati con il codice CUP su ReGIS, monitorando e valutando la corrispondenza con le condizioni previste dal PNRR.

A riguardo, occorre precisare che i dati sul perseguimento dei *target* ad oggi disponibili (sulla base degli incontri effettuati

con le regioni e la documentazione trasmessa che risulta in corso di aggiornamento sul sistema ReGIS) fotografano un incremento nelle diverse linee d'azione. Nello specifico, i dati si attestano:

all'83 per cento di attuazione pari al n. 332 progetti idonei approvati per la realizzazione degli Ospedali di comunità (Progetti idonei – *target* M6C1-00-ITA-34);

al 77 per cento di attuazione pari al n. 1042 progetti idonei approvati per la realizzazione delle Case di Comunità (Progetti idonei – *target* M6C1-00-ITA-77).

Inoltre, occorre precisare che eventuali riflessi negativi legati al non raggiungimento della totalità dei *target* previsti per T1 2023, potranno essere compensati dalle procedure di gara già espletate, sia autonomamente che con Centrale di Committenza Invitalia, la cui scadenza è T2 2023.

Nello specifico, i dati dei Codici Unici di Gara si attestano ad oggi:

al 71 per cento con n. 962 codici di gara per Case di comunità (CIG – *target* M6C1-00-ITA-7);

al 77 per cento con n. 298 codici di gara per gli Ospedali di comunità (CIG – *target* M6C1-00-ITA-35).

Grazie all'azione di accelerazione introdotta dalla Centrale di Committenza Invitalia, risulta in avanzamento anche il *target* previsto al T4 2023, che prevede la sottoscrizione dei contratti per la realizzazione delle strutture, Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Nello specifico, ad oggi sono state già individuate le imprese aggiudicatarie dei lavori per:

687 gare per Case Della Comunità;

214 gare per Ospedali di Comunità.

Per quanto sopra esposto, e come anticipato in premessa, in considerazione dell'anticipazione dei *target* T2 e T4 di fine giugno 2023 e di fine dicembre 2023, attualmente non si rilevano elementi ostativi al raggiungimento degli obiettivi nei tempi previsti.

All'esito del monitoraggio atteso al T1 2023, ed esclusivamente nel caso in cui si dovessero ravvisare effettivi e preoccupanti ritardi in ordine all'attuazione degli obiettivi previsti, questo Ministero valuterà l'opportunità di attivare apposite riunioni con le amministrazioni regionali finalizzate ad intervenire in maniera puntuale attraverso azioni di rafforzamento e di supporto tecnico.

ALLEGATO 4

5-00625 Marianna Ricciardi: Trattamento intensivo precoce per le persone affette da disturbi dello spettro autistico.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Preme innanzitutto evidenziare che la competenza esclusiva alla elaborazione e all'aggiornamento delle linee guida sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti è stata riservata esclusivamente all'Istituto superiore di sanità (ISS) per effetto del decreto interministeriale 30 dicembre 2016 emanato nel corso della XVII legislatura dal Governo Gentiloni.

Ciò posto, si evidenzia altresì che il tema della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico nonché quello dell'assistenza alle famiglie è un argomento sul quale questo Governo ha posto particolare attenzione tanto che il Ministro della salute ha previsto una delega specifica.

Pertanto, in virtù del compito affidato dal predetto decreto, l'ISS, interpellato da questo Ministero, ha riferito quanto segue.

L'articolo 2 del decreto del 30 dicembre 2016, ha affidato all'Istituto superiore di sanità (ISS) il compito di aggiornare la Linea Guida sul trattamento del disturbo dello spettro autistico (ASD) in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali.

In seguito alla riorganizzazione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), in base alla legge n. 24 del 2017 e al decreto del Ministro della salute del 27 febbraio 2018, è stato chiesto all'ISS di elaborare il « Manuale metodologico ISS per la produzione di Linee Guida » con l'utilizzo della metodologia GRADE (« Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation »), in linea con quanto previsto dalle Organizzazioni più rappresentative a livello internazionale per l'elaborazione delle Linee Guida (tra cui l'Organizzazione mondiale della sanità).

Per aderire agli *standard* metodologici previsti nel Manuale, l'ISS ha avviato la produzione di una Linea Guida « *ex-novo* », che include, oltre al trattamento, anche quesiti di carattere diagnostico e valutativo sia per bambini/adolescenti sia per adulti.

Una descrizione dettagliata dei metodi attraverso cui il Sistema Nazionale Linee Guida produce, aggiorna e diffonde le raccomandazioni « *evidence-based* » per la pratica clinica è indicata nel Manuale metodologico per la produzione di Linee Guida dell'ISS.

Il citato decreto ministeriale del 27 febbraio 2018 ha disposto che il Sistema Nazionale Linee Guida sia gestito da un Comitato Strategico, coordinato dal presidente dell'ISS.

Con riferimento ai quesiti dell'Onorevole interrogante, l'ISS ha rappresentato quanto segue.

Relativamente a quali siano le iniziative di competenza che si intenda intraprendere affinché la linea guida n. 21 sull'autismo comprenda le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili, l'ISS ha inteso precisare che le due Linee Guida (minori/adulti) includono quesiti e raccomandazioni su test, strumenti diagnostici e metodologie di intervento terapeutici abilitativi/riabilitativi e farmacologici, basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili, per le persone autistiche in tutte le età della vita.

Quanto al fatto che la linea guida n. 21 sull'autismo sembrerebbe comprendere l'esonero delle ASL dall'obbligo del trattamento intensivo precoce per le persone affette da disturbi dello spettro autistico, l'ISS precisa che la Linea Guida sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti contiene 15 raccoman-

dazioni « a favore » per la realizzazione di diversi interventi terapeutico abilitativi/riabilitativi.

L'ISS, pertanto, riferisce che nei materiali pubblicati non sono presenti – in nessuna delle raccomandazioni a favore – disposizioni che esonerino le aziende sanitarie locali dall'obbligo del trattamento intensivo

precoce per le persone con disturbo dello spettro autistico.

Inoltre, le due Linee Guida in elaborazione contengono quesiti e raccomandazioni su test o interventi che possono essere effettuati anche attraverso prestazioni ospedaliere. L'ISS auspica di poter completare nel minor tempo possibile il percorso avviato.

ALLEGATO 5

**5-00626 Vietri: Iniziative per arginare la problematica dei medici
« gettonisti ».****TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio gli Onorevoli interroganti per aver sollevato una tematica di estrema attualità, all'attenzione sia del Ministero della salute che del Governo.

È proprio di ieri l'iniziativa del Governo volta ad adottare, nell'ambito di un provvedimento di urgenza, una serie di proposte legislative che hanno precipuamente lo scopo di arginare il ricorso delle strutture del SSN ai medici cosiddetti « a gettone » e, nel contempo incentivare il personale sanitario che già opera nei servizi di emergenza urgenza degli ospedali e del territorio, sulle quali di seguito mi soffermerò brevemente.

In primo luogo, si intende consentire alle aziende e agli enti del SSN di affidare a terzi i servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, per una sola volta e senza possibilità di proroga, per un periodo non superiore a dodici mesi e, solo a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare le procedure di reclutamento del personale medico e infermieristico già autorizzate.

Gli operatori economici selezionati dovranno avvalersi di personale medico ed infermieristico in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni vigenti e dimostrare il rispetto delle norme in materia d'orario di lavoro.

Inoltre, al fine di favorire l'economicità dei contratti e la trasparenza delle condizioni di acquisto e di garantire l'equità retributiva a parità di prestazioni lavorative, il Ministero, sentita l'ANAC, elaborerà linee guida recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli *standard* di qualità di tali servizi medici ed infermieristici.

Preciso, inoltre, che la proposta prevede che ove le condizioni che ho finora de-

scritto non dovessero essere rispettate, l'innosservanza sarà valutata anche ai fini della responsabilità del dirigente della struttura sanitaria appaltante per danno erariale.

Al fine di limitare il fenomeno delle dimissioni dagli enti del SSN, il personale sanitario che abbia interrotto volontariamente il rapporto di lavoro dipendente per operare in esternalizzazione, non potrà chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro.

Allo scopo di reinternalizzare i servizi appaltati, le aziende e gli enti del SSN, nel rispetto delle facoltà assunzionali, avvieranno procedure selettive per il reclutamento del personale per le funzioni precedentemente esternalizzate, prevedendo una valorizzazione del personale impiegato in tali mansioni, che abbia garantito assistenza ai pazienti per almeno sei mesi di servizio.

Per quanto concerne la leva dell'incentivo per il personale già operante presso i servizi di emergenza-urgenza del SSN, abbiamo proposto, per l'anno in corso, la possibilità di ricorso alle prestazioni aggiuntive, con l'aumento delle tariffe orarie, in deroga alla contrattazione.

Per garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e valorizzare l'esperienza professionale acquisita, prevediamo (fino a fine 2025) per il personale medico che, nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 giugno 2023, abbia maturato, presso i servizi di emergenza-urgenza del SSN, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con diverse forme di contratto, ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività equivalenti, l'ammissione alla partecipazione ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del SSN nella disciplina

di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, ancorché non in possesso del prescritto diploma di specializzazione.

Inoltre, fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, consentiamo la possibilità ai medici in formazione specialistica, regolarmente iscritti al relativo corso di studi di assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali, naturalmente in coerenza con l'anno di corso di studi superato e con il livello di competenze e di autonomia raggiunto dallo specializzando. Entro la stessa data, è previsto per il personale, dipendente e convenzionato, operante nei servizi di emergenza-urgenza delle aziende e degli enti del SSN, in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato,

che possa richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale, fino al raggiungimento del limite di età previsto dall'ordinamento vigente.

Inoltre, è stata prevista a regime la misura di cui al comma 548-*bis*, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, che consente, a determinate condizioni, l'assunzione di professionisti sanitari in formazione specialistica.

Sempre fino al 31 dicembre 2025 sarà consentito l'esercizio temporaneo, in deroga, nel territorio nazionale, dell'attività lavorativa per coloro che abbiano conseguito una qualifica professionale, relativa all'ambito sanitario, all'estero. La disciplina per l'esercizio temporaneo di tale attività lavorativa sarà oggetto di una successiva intesa da adottarsi in sede di Conferenza Stato regioni e province autonome.