

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02602 Versace: Ritardo nell'adozione del decreto di fissazione delle tariffe per l'assistenza protesica e specialistica ambulatoriale	106
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	110
5-02603 Carnevali: Linee di intervento in tema di obbligo vaccinale	106
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	111
5-02604 Lapia: Accordi di programma per l'edilizia sanitaria in Sardegna	106
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	113
5-02605 Rostan: Inserimento della farmacovigilanza nei livelli essenziali di assistenza ...	107
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	114
5-02606 Boldi: Iniziative per salvaguardare il sistema dell'odontoiatria pubblica	107
ALLEGATO 5 (Testo della risposta)	115
5-02607 Bellucci: Modalità per garantire la cessazione della vendita dei prodotti derivanti dalla <i>cannabis sativa</i> L.	107
ALLEGATO 6 (Testo della risposta)	116

RISOLUZIONI:

7-00102 Bellucci, 7-00187 Leda Volpi e 7-00194 Siani: Disturbi dello spettro autistico (Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione di un testo unificato n. 8-00037)	108
ALLEGATO 7 (Testo unificato delle risoluzioni approvato dalla Commissione – n. 8-00037) .	117
7-00164 De Filippo e 7-00206 Troiano: Iniziative volte a garantire l'effettiva tutela della salute mentale (Seguito della discussione congiunta e rinvio – Abbinamento della risoluzione 7-00277 Bellucci)	109
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	109

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 25 luglio 2019. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.

La seduta comincia alle 11.20.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Ne dispone, pertanto, l'attivazione.

5-02602 Versace: Ritardo nell'adozione del decreto di fissazione delle tariffe per l'assistenza protesica e specialistica ambulatoriale.

Dario BOND (FI) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario.

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

Dario BOND (FI), replicando, segnala che un'interrogazione con analogo quesito presentata nell'ottobre del 2018 aveva ricevuto una risposta identica a quella fornita ora dal Governo, confermando che allo stato attuale la soddisfazione di un bisogno, che dovrebbe essere garantita a tutti i cittadini, è possibile solo grazie alla buona volontà di alcune regioni. Invita, quindi, a dare un segnale con la prossima manovra di bilancio, completando un percorso avviato nella passata legislatura con l'approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), poiché in molte regioni l'assistenza protesica che viene fornita è da ritenersi assolutamente inaccettabile.

5-02603 Carnevali: Linee di intervento in tema di obbligo vaccinale.

Elena CARNEVALI (PD) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Elena CARNEVALI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta, evidenziando l'atteggiamento ondivago del Governo, che solo recentemente sembra avere scartato l'ipotesi di eliminare l'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'accesso agli istituti scolastici. Nel ricordare che il Piano nazionale vaccini costituisce uno strumento previsto oramai da

molti anni, invita ad assumere come unico criterio quello dell'evidenza scientifica nel caso in cui s'intenda valutare l'opportunità di trasformare, per alcune vaccinazioni, l'obbligo in raccomandazione. In ogni caso, condizione necessaria per ipotizzare tale passaggio è quella di avere servizi adeguati e di svolgere campagne informative efficaci, tenendo inoltre un comportamento lineare, diversamente da quanto accaduto durante i primi sei mesi dell'esperienza di Governo dell'attuale maggioranza.

5-02604 Lapia: Accordi di programma per l'edilizia sanitaria in Sardegna.

Mara LAPIA (M5S) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Armando BARTO-LAZZI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Mara LAPIA (M5S), replicando, si dichiara pienamente soddisfatta di una risposta dalla quale si evince che il Governo si fa carico delle problematiche segnalate attraverso l'atto di sindacato ispettivo da lei presentato. Ricorda che, come evidenziato anche della Corte dei conti, la Sardegna è tra le regioni che, nonostante le sollecitazioni ricevute, ha utilizzato meno le risorse a disposizione per interventi di edilizia sanitaria, a causa delle difficoltà burocratiche e dell'inerzia delle forze politiche che hanno governato l'isola. Rileva che il decreto-legge « sblocca cantieri » può dare un ulteriore impulso per intervenire in un settore che dovrebbe essere considerato prioritario. Invita, pertanto, il Governo a vigilare sulla capacità di utilizzazione delle risorse a disposizione per un obiettivo, quello di realizzare interventi di edilizia sanitaria, che deve essere considerato prioritario, a beneficio dell'intera collettività.

5-02605 Rostan: Inserimento della farmacovigilanza nei livelli essenziali di assistenza.

Michela ROSTAN (LeU) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Michela ROSTAN (LeU), replicando, si dichiara solo parzialmente soddisfatta, rilevando che appare ancora sottovalutata l'importanza di una corretta azione di farmacovigilanza, che invece dovrebbe costituire un parametro indicativo di efficienza di un sistema sanitario. Ricorda che circa la metà dei ritiri di medicinali dal mercato derivano dalla farmacovigilanza, con importanti ricadute positive anche in termini di costi per il sistema. Nel segnalare che alcune regioni svolgono tale compito in autonomia, insiste sulla necessità di una diffusione omogenea su tutto il territorio nazionale.

Osservando che l'inserimento della farmacovigilanza nei LEA può avvenire senza costi aggiuntivi, auspica al riguardo un impegno fattivo da parte del Governo.

5-02606 Boldi: Iniziative per salvaguardare il sistema dell'odontoiatria pubblica.

Rossana BOLDI (Lega) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Rossana BOLDI (Lega), replicando, manifesta apprezzamento per il riconoscimento della problematica sollevata, contenuto nella risposta, concordando sul fatto che per una possibile soluzione sarà necessario il coinvolgimento del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Nel ricordare la peculiarità del

percorso formativo odontoiatrico, conseguente alla creazione di una facoltà distinta da quella di medicina, rileva che le problematiche attualmente vissute dai laureati in tale settore, con le connesse difficoltà di conseguire una specializzazione, potrebbero rendere auspicabile un ritorno al sistema precedente.

5-02607 Bellucci: Modalità per garantire la cessazione della vendita dei prodotti derivanti dalla *cannabis sativa* L.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI) illustra l'interrogazione in titolo

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Maria Teresa BELLUCCI (FdI), replicando, si dichiara insoddisfatta della risposta, anche alla luce di quanto affermato dal Governo l'anno precedente, in occasione di un'interrogazione vertente sulla stessa materia, presentata a seguito del parere espresso dal Consiglio superiore di sanità in merito alla vendita dei prodotti derivanti dalla *cannabis sativa*. Segnala, infatti, che in quell'occasione erano stati richiesti dal suo gruppo interventi tempestivi per tutelare la salute di soggetti a rischio quali donne in stato di gravidanza, diabetici e cardiopatici, in relazione al consumo di prodotti anche con basso contenuto di THC. Il Ministero interrogato aveva invece fornito una risposta interlocutoria, ravvisando l'opportunità di eseguire ulteriori approfondimenti e di confrontarsi con altre amministrazioni.

Sottolinea che, dopo un anno di inerzia, una risposta chiara è venuta dalla Corte di cassazione che, con la sua recente sentenza, si è assunta la responsabilità di chiarire che la commercializzazione al pubblico delle foglie, delle inflorescenze, dell'olio e della resina ottenuti dalla coltivazione della *cannabis sativa* costituisce un reato. L'assenza di impegni precisi nella risposta fornita dal rappresentante

del Governo conferma le preoccupazioni espresse dal suo gruppo circa la capacità del Ministero della salute di fornire in tempi rapidi una risposta al problema segnalato.

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

La seduta termina alle 12.10.

RISOLUZIONI

Giovedì 25 luglio 2019. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.

La seduta comincia alle 12.10.

7-00102 Bellucci, 7-00187 Leda Volpi e 7-00194 Siani: Disturbi dello spettro autistico.

(Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione di un testo unificato n. 8-00037).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 10 luglio 2019.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che la deputata Bellucci ha predisposto una proposta di testo unificato delle risoluzioni in oggetto che è stata inviata nella giornata di ieri, per le vie brevi, a tutti i deputati della Commissione.

Dà, quindi, la parola alla deputata Bellucci per l'illustrazione di tale testo.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI) illustra la proposta di testo unificato delle tre risoluzioni all'ordine del giorno (*vedi allegato 7*), ringraziando i presentatori delle altre due risoluzioni, i colleghi Volpi e Siani, per l'apporto fornito, anche grazie alla loro competenza, che ha consentito di arricchire il testo dell'atto di indirizzo

unitario. Rileva che il percorso seguito conferma che attraverso un confronto serio, al di là delle divisioni politiche, si possono raggiungere risultati condivisi, nell'interesse di tutti gli italiani.

Manifesta, quindi, soddisfazione per aver conseguito l'obiettivo della predisposizione di una risoluzione unitaria. Ritiene doveroso esprimere un ringraziamento nei confronti di coloro che hanno partecipato alle audizioni, fornendo una testimonianza del loro impegno umano e professionale. Nel ringraziare anche gli uffici per l'apporto fornito, esprime l'auspicio di una condivisione unanime del testo presentato, che raccoglie le proposte dei diversi gruppi parlamentari.

Vito DE FILIPPO (PD), nel sottolineare la presenza di temi che consentono di superare le differenze tra i diversi gruppi politici, coglie l'occasione della presenza del rappresentante del Governo per evidenziare che la proposta in discussione contiene espliciti richiami alla legge n. 134 del 2015.

Ricorda che tale atto normativo ha eccezionalmente avuto come oggetto una singola malattia, in ragione del notevole incremento della prevalenza dei disturbi dello spettro autistico nonché del forte impatto sulla vita delle persone affette da tale patologia e sulle loro famiglie. Ricorda, quindi, che la legge n. 134 prevede la possibilità di condizionare parte dei trasferimenti alle regioni all'istituzione di servizi adeguati per le persone con disturbi dello spettro autistico e le loro famiglie, in base a una valutazione effettuata dal Comitato LEA. Invita, pertanto, il Governo a dare attuazione agli impegni contenuti nel testo che la Commissione si appresta ad approvare e, soprattutto, ad essere parte attiva rispetto all'utilizzo del suddetto meccanismo.

Roberto NOVELLI (FI) si associa, a nome del suo gruppo, alle valutazioni positive espresse dai colleghi in merito conseguimento dell'obiettivo dell'elaborazione di un testo unitario rispetto ad una patologia in continua diffusione, ricor-

dando come in molte aree del Paese non vengano erogati servizi adeguati. Osserva che le audizioni svolte hanno consentito di cogliere l'impatto emotivo sulle famiglie causato dall'autismo ed hanno altresì evidenziato il tema della sottovalutazione dei sintomi che caratterizzano l'insorgere di tale patologia.

Invita, quindi, il Governo a rivolgere una particolare attenzione ai servizi relativi agli adulti, che attualmente costituiscono la più grave lacuna dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.

Massimiliano PANIZZUT (Lega), nel ringraziare tutti coloro che hanno dato il loro apporto alla redazione di un testo unitario, avendo ben presente la situazione di estrema difficoltà in cui vengono a trovarsi le famiglie con persone che presentano disturbi dello spettro autistico, auspica che possano essere reperite maggiori risorse per poter fornire un'assistenza ancora più efficace.

Massimo Enrico BARONI (M5S) reputa esaustivo e ben fondato scientificamente il testo proposto alla Commissione, osservando che i primi firmatari delle tre risoluzioni in esame, i colleghi Bellucci, Volpi e Siani, hanno potuto fornire un apporto basato su esperienze professionali complementari. Esprimendo l'auspicio che il testo che la Commissione si accinge ad approvare possa costituire uno stimolo per il Ministero della salute, rileva che nel tavolo tecnico sulla salute mentale che sta svolgendo i propri lavori presso tale Ministero sembra mancare una figura specifica per i disturbi dello spettro autistico. In conclusione, ritiene utile segnalare la validità di esperienze di *co-housing* per alcune tipologie di persone con disturbi dello spettro autistico.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI si congratula con la Commissione per essere riuscita a convergere su unico testo condiviso. Segnala di avere sempre seguito con grande attenzione il tema oggetto della risoluzione in discussione, rile-

vando che il suo contenuto presenta molti elementi di affinità con gli impegni assunti nella fase di campagna elettorale del Movimento 5 Stelle lo scorso anno. Evidenzia, altresì, che rispetto a molti degli impegni contenuti nel testo in oggetto il Ministero della salute si trova già nella fase attuativa.

La Commissione approva all'unanimità il testo unificato delle risoluzioni 7-00102 Bellucci, 7-00187 Leda Volpi e 7-00194 Siani, che assume il numero 8-00037 (*vedi allegato 7*).

7-00164 De Filippo e 7-00206 Troiano: Iniziative volte a garantire l'effettiva tutela della salute mentale.

(*Seguito della discussione congiunta e rinvio – Abbinamento della risoluzione 7-00277 Bellucci*).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 10 luglio 2019.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che il 12 luglio 2019 è stata presentata la risoluzione Bellucci n. 7-00277, vertente sulla medesima materia delle risoluzioni in discussione. La presidenza ne dispone, pertanto, l'abbinamento.

Maria Teresa BELLUCCI (FdI), rinviando al testo della risoluzione da lei presentata per quanto riguarda i contenuti specifici, segnala che essa testimonia l'attenzione posta dal gruppo Fratelli d'Italia sul tema della salute mentale. Esprime, quindi, l'auspicio che tale risoluzione possa rappresentare un valido contributo per il prosieguo dei lavori della Commissione.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito della discussione delle risoluzioni ad altra seduta.

La seduta termina alle 12.35.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 12.35 alle 12.45.

ALLEGATO 1

5-02602 Versace: Ritardo nell'adozione del decreto di fissazione delle tariffe per l'assistenza protesica e specialistica ambulatoriale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'articolo 64 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, subordina l'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, limitatamente agli ausili su misura, all'approvazione del decreto interministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali delle medesime prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

In conseguenza di tale previsione, fino all'approvazione di detto decreto, resteranno in vigore i nomenclatori vigenti prima dell'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017, risalenti l'uno al 1996 (specialistica ambulatoriale) e l'altro al 1999 (assistenza protesica).

Al riguardo, occorre sottolineare che molte delle nuove prestazioni sono già erogate da alcune regioni (ad esempio, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e altre regioni non in piano di rientro dal disavanzo sanitario), perché la normativa vigente consente loro di erogare prestazioni « extra LEA » se in equilibrio economico e non in piano di rientro.

Ne consegue che tali nuove prestazioni innovative (ad esempio: aeroterapia, pro-

creazione medicalmente assistita, nuove tipologie di dialisi, prestazioni di laboratorio, ecc.) continueranno ad essere fornite nelle regioni in questione.

Ciò premesso, con riferimento all'*iter* in corso sulla definizione delle tariffe, si fa presente che la proposta di tariffe, dopo un ulteriore affinamento della valutazione di impatto resa possibile dalle nuove disponibilità dei dati messi a disposizione dai servizi del Ministero dell'economia e delle finanze, nel senso di una maggiore completezza del flusso relativo al « Sistema Tessera Sanitaria » per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sarà trasmessa quanto prima allo stesso Dicastero per la necessaria verifica della stima di impatto, e per il proseguimento dell'*iter*.

In ogni caso, si rappresenta che sulla base della relazione tecnica predisposta dal Ministero della salute, la stima di impatto risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 555, della legge n. 208 del 2015, laddove è prevista la finalizzazione, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale, dell'importo di 800 milioni di euro.

ALLEGATO 2

5-02603 Carnevali: Linee di intervento in tema di obbligo vaccinale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Ritengo innanzitutto opportuno evidenziare che i dati relativi alle coperture vaccinali, appena pubblicati dal Ministero della salute, rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio.

Tali dati – si badi bene – sono relativi a tutte le vaccinazioni contemplate dal Calendario vaccinale allegato al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, che, com'è noto, persegue quale obiettivo prioritario la tutela della salute di tutta la popolazione, inclusi i soggetti fragili.

Essi, peraltro, saranno incrociati con quelli dell'Anagrafe nazionale – istituita finalmente da questo Governo – che, a regime, conterrà la registrazione di tutte le vaccinazioni effettuate anche nella popolazione adulta/anziana: ciò al fine di poter calcolare, in maniera puntuale, le coperture vaccinali non solo per i bambini e per gli adolescenti, come avviene adesso, ma anche per ulteriori coorti di popolazione.

È con il Piano, dunque, prima ancora che con la decretazione d'urgenza del 2017, che sono stati declinati gli obiettivi da perseguire in materia di prevenzione vaccinale, inclusi quelli di copertura vaccinale, nella consapevolezza che l'efficacia delle vaccinazioni può essere perseguita anzitutto mediante interventi formativi ed educativi mirati – in relazione ai quali è stato, infatti, definito e recentemente rinnovato anche un accordo tra il Ministero della salute e il MIUR.

Inoltre, con specifico riferimento al morbillo, comunico che il nuovo Piano per

la sua eliminazione, destinato ad applicarsi fino al 2023, sarà a breve condiviso con le regioni.

Ancora: è stato ricostituito ed è operativo il Gruppo Tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG), che, in conformità alle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, riunisce attorno allo stesso tavolo esperti, istituzioni e società scientifiche per mantenere vivo il dialogo e il confronto sulle vaccinazioni.

Pertanto, è chiaro che questo Governo ha adottato tutte le iniziative di competenza in materia di prevenzione vaccinale, ivi incluse specifiche campagne di comunicazione, per accrescere la consapevolezza dell'utilità delle vaccinazioni.

Ciò premesso, ribadisco che non sussiste contraddizione tra l'obbligo vaccinale e lo strumento programmatico per eccellenza in materia, basato sulla raccomandazione, in quanto il Piano Nazionale vigente e il decreto-legge n. 73 del 2017, come già detto, condividono il comune obiettivo di prevenzione, pur essendo il frutto di due approcci differenti.

In tale ottica, non posso che confermare la bontà della soluzione che fonda il disegno di legge attualmente in discussione al Senato, che consente al decisore pubblico di riconsiderare la scelta effettuata a favore della raccomandazione ovvero dell'obbligo, confermando, da un lato, la bontà di uno strumento di programmazione condiviso con le regioni, qual è il Piano Nazionale, dall'altro lato, la possibilità di introdurre l'obbligo, quando, alla luce dei dati epidemiologici disponibili e delle conoscenze scientifiche, si ritenga di dover rafforzare la coerenza degli strumenti di profilassi vaccinale.

Peraltro, un rilievo al valore della dinamica evolutiva propria delle conoscenze medico-scientifiche, è rinvenibile nello stesso decreto-legge n. 73 del 2017, che ha previsto, all'articolo 1, comma 1-ter, un sistema di monitoraggio periodico suscettibile di sfociare nella cessazione della obbligatorietà di alcuni vaccini.

In conclusione, questo Governo, così come la Corte costituzionale, ritiene che

un elemento di flessibilizzazione della normativa – da attivarsi alla luce dei dati emersi nelle sedi scientifiche appropriate – sia irrinunciabile e denoti che la scelta legislativa a favore dello strumento dell'obbligo ovvero della raccomandazione, così come previsto dal DDL di iniziativa parlamentare, sia fortemente ancorata al contesto e possa essere oggetto di diversa valutazione al mutare di esso.

ALLEGATO 3

5-02604 Lapia: Accordi di programma per l'edilizia sanitaria in Sardegna.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Prima di rispondere al puntuale quesito postomi, devo ricordare che l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, ha autorizzato un programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Gli obiettivi generali del programma sono finalizzati alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico, e alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali.

Il programma di investimento per l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 viene presentato dalle regioni in coerenza con la programmazione sanitaria, che è una competenza esclusivamente regionale, con i soli limiti degli *standard* stabiliti a livello normativo.

Alla regione Sardegna sono state assegnate per la sottoscrizione di Accordi di Programma, nell'ambito del programma di

cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, una somma pari ad euro 547.671.940,89.

Al fine di utilizzare le risorse assegnate dalle delibere CIPE, la regione Sardegna ha sottoscritto, in data 29 marzo 2001 ed in data 15 maggio 2008, con il Ministero della salute e di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, due Accordi di Programma, per un valore complessivo a carico dello Stato pari ad euro 303.792.695,87.

I complessivi 199 interventi inseriti negli Accordi di programma sopra citati, sono stati tutti ammessi a finanziamento.

Allo stato attuale, le risorse finanziarie a disposizione della regione per la sottoscrizione di nuovi Accordi di Programma ammontano ad euro 243.879.245,02 e non risulta presentata nessuna proposta di Accordo di Programma per l'utilizzo delle risorse finanziarie residue.

ALLEGATO 4

5-02605 Rostan: Inserimento della farmacovigilanza nei livelli essenziali di assistenza.**TESTO DELLA RISPOSTA**

È indubbio che la Farmacovigilanza costituisce un insieme di attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica, in quanto finalizzate all'identificazione, alla valutazione, alla comprensione e prevenzione degli effetti avversi e di qualsiasi criticità emersa correlata all'utilizzo dei medicinali, allo scopo di garantire un rapporto beneficio/rischio favorevole alla popolazione.

I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da fonti differenti, quali le segnalazioni di sospette reazioni avverse, gli studi clinici, la letteratura scientifica, i rapporti trasmessi dalle aziende farmaceutiche.

In tale ambito, l'Agenzia Italiana del Farmaco promuove fin dal 2007 una serie di programmi e di studi rivolti alla Farmacovigilanza attiva, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e di definire la loro sicurezza d'uso, nonché di migliorarne le modalità di utilizzo, e stabilire un profilo di sicurezza che meglio risponda alla reale pratica medica per descrivere in maniera più realistica le caratteristiche dei pazienti in trattamento farmacologico.

In relazione allo specifico quesito posto, va ricordato che già il decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, all'articolo 48, comma 2, nel disporre che «...il farmaco rappresenta uno strumento di tutela della salute e che i medicinali sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto inclusi nei livelli essenziali di assistenza...» ha inteso

ricomprendere, nell'ambito delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, anche le attività di Farmacovigilanza quale aspetto fondamentale della gestione della sicurezza dei medicinali a tutela dei pazienti.

Tanto premesso, a conferma della piena condivisione del Ministero in relazione alla tematica prospettata, desidero evidenziare che nel recente documento sulla *Governance* Farmaceutica, uno specifico *focus* ha riguardato proprio la valorizzazione della farmacovigilanza.

È stato infatti evidenziato che la spesa per le attività di ricerca e di informazione indipendente rappresenta un investimento del SSN finalizzato all'acquisizione di conoscenze sull'efficacia comparativa e sugli effetti avversi dei farmaci, e alla promozione dell'appropriatezza d'uso. Per questo motivo è necessario concentrare le attività di ricerca indipendente su temi di rilevante interesse per la salute dei cittadini, a prescindere dall'interesse commerciale, tenendo anche in considerazione le potenziali ricadute nell'attività regolatoria dell'Aifa.

In particolare, dovranno essere sostenuti studi clinici sperimentali, studi osservazionali e revisioni sistematiche. A tal fine, i bandi, inclusi quelli finalizzati a sostenere le attività di farmacovigilanza proattiva regionale, dovranno avere luogo regolarmente, con una cadenza almeno annuale e, infine, le regioni dovranno rafforzare i flussi di informazioni di farmacovigilanza.

ALLEGATO 5

5-02606 Boldi: Iniziative per salvaguardare il sistema dell'odontoiatria pubblica.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, nell'ambito delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la professione di odontoiatra può essere esercitata sia con rapporto di lavoro subordinato, nell'ambito dei ruoli dirigenziali, sia con rapporto convenzionale, nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

Ai sensi dell'articolo 28, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 483 del 1997, tra i requisiti specifici di ammissione è annoverato anche il possesso della specializzazione nella disciplina: ciò, peraltro, va precisato, è previsto non solo per la professione dell'odontoiatra, ma per tutto il ruolo sanitario.

Tanto premesso, desidero sottolineare che la questione riportata nell'atto parlamentare in esame è all'attenzione del Ministero della salute che è ben consapevole della grave carenza di odontoiatri inquadrati nel Servizio Sanitario Nazionale.

L'esigenza di agevolare l'accesso di tali professionisti nel SSN, in considerazione della specificità del percorso formativo svolto, al fine di assicurare l'offerta pubblica delle cure odontoiatriche, è emersa, peraltro, anche nell'ambito del Gruppo tecnico, composto da qualificati esponenti in materia odontoiatrica, istituito presso il Segretariato Generale di questo Ministero.

Va anche ricordato che la questione è stata oggetto di un contrastante andamento giurisprudenziale, conclusosi con sentenza del Consiglio di Stato n. 3597/2004, con la quale, il Consesso ha confermato la coerenza delle disposizioni del

citato articolo 28, affermando – tra l'altro – che «la laurea in odontoiatria può essere abilitante per lo svolgimento della professione, ma non è un requisito sufficiente per far acquisire il primo livello dirigenziale nel sistema concorsuale del Servizio Sanitario Nazionale. ...Si ribadisce che la norma regolamentare ha dato applicazione nella specifica fattispecie all'articolo 15 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, mantenendo la posizione della laurea e della specializzazione come due requisiti distinti ed entrambi essenziali per l'ammissione ai concorsi».

Pertanto, una revisione dei requisiti di accesso al SSN per i laureati in odontoiatria richiede uno specifico intervento normativo, che dovrà necessariamente essere armonizzato con le disposizioni attualmente previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del SSN.

A tale specifico riguardo, voglio informare che nell'ambito dei lavori del Patto per la Salute 2019-2021, uno dei temi oggetto di approfondimento è proprio quello di una revisione della disciplina dell'accesso ai concorsi, con l'obiettivo di un aggiornamento e di uno snellimento dei requisiti e delle procedure.

Indipendentemente dalla modifica normativa il Ministro ha già dato mandato agli Uffici di individuare eventuali ulteriori soluzioni per far fronte alla problematica descritta se del caso anche richiedendo uno specifico parere ai competenti organi consultivi.

ALLEGATO 6

5-02607 Bellucci: Modalità per garantire la cessazione della vendita dei prodotti derivanti dalla *cannabis sativa* L.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Preliminarmente, devo precisare, in relazione alle premesse della presente interrogazione, che, per quanto sostanzialmente corrette, in esse non vi è riferimento al fatto che l'interpellanza del 7 giugno scorso, citata dalla interrogante, è stata rivolta al Ministero dell'interno – e non al Ministero della salute.

È, questa, una precisazione non di poco momento perché contribuisce a delimitare i profili di competenza di un quadro, che, per quanto complesso, ha ricevuto ora un contributo chiarificatore proprio grazie alle motivazioni della sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione del 30 maggio scorso.

Va ricordato, infatti, che, prima di tale sentenza, il Ministero della salute aveva attivato le iniziative di propria competenza dopo che il Consiglio di Stato, con parere del 10 aprile 2018, si era espresso nel senso di una potenziale pericolosità dei prodotti in parola, soprattutto ove posta in relazione alle concrete modalità di vendita al pubblico.

La complessità del quadro normativo aveva reso necessario acquisire l'avviso dell'Avvocatura Generale dello Stato, la quale, proprio a conferma di tale complessità, si è espressa solo di recente, prospettando, peraltro, una pluralità di opzioni che il Ministero della salute avrebbe potuto intraprendere al fine di tutelare la salute dei consumatori dei prodotti in parola.

Ebbene, bisogna riconoscere che le motivazioni della sentenza della Cassazione, pubblicate dopo l'adozione del parere dell'Avvocatura dello Stato, costituiscono un « fatto nuovo » tale da modificare, di molto, i termini della questione.

La Cassazione, infatti, nell'effettuare una netta distinzione tra il campo di applicazione del T.U. sugli stupefacenti e della legge n. 242 del 2016 e nel chiarire che la vendita, cessione e commercializzazione al pubblico, a qualsiasi titolo, dei prodotti derivanti dalla coltivazione della canapa sativa L., integrano la fattispecie di reato di cui all'articolo 73, commi 1 e 4 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, purché producano in concreto effetto drogante, ha, di fatto, reso superflua, se non addirittura contraddittoria, l'adozione di qualsivoglia misura ispirata alla tutela dei consumatori da parte del Ministero della salute, in quanto essa andrebbe a riferirsi a prodotti sulla cui liceità sono innanzitutto chiamate a vigilare le forze dell'ordine.

Ciò detto, va tuttavia chiarito che resta ferma la liceità dei prodotti alimentari contenenti THC, per quanto entro limiti definiti – i quali, desidero anticipare, verranno indicati in uno specifico decreto del Ministro della salute che, dopo aver esaurito il proprio percorso istruttorio iniziato dopo l'entrata in vigore della legge n. 242 del 2016, è, finalmente, in procinto di essere adottato.

In conclusione, non posso sottacere che se la situazione descritta è ciò che discende doverosamente dall'applicazione della sentenza della Corte, è pur vero che – come peraltro evidenziato in altro passaggio della sentenza – non può escludersi un diverso intervento normativo da parte del Parlamento che, non a caso, è già impegnato nell'esame di alcuni atti di indirizzo al Governo, nonché in specifici disegni di legge parlamentare che potrebbero portare ad un mutamento del quadro normativo attuale.

ALLEGATO 7

7-00102 Bellucci, 7-00187 Leda Volpi e 7-00194 Siani: Disturbi dello spettro autistico.**TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI APPROVATO DALLA COMMISSIONE – N. 8-00037.**

La XII Commissione,
premessi che:

il disturbo dello spettro autistico è un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo, caratterizzato da esordio precoce di difficoltà nella interazione reciproca e nella comunicazione sociale, associata a comportamenti e interessi ripetitivi e ristretti (definizione secondo DSM-5 e ICD-11);

la posizione scientifica, condivisa a livello internazionale, considera l'autismo una sindrome comportamentale associata a un disturbo dello sviluppo del cervello e della mente, con esordio nei primi tre anni di vita; si ritiene, inoltre, che i fattori eziopatogenetici siano sia genetici che ambientali. I disturbi dello spettro autistico comportano una disabilità permanente che accompagna il soggetto che ne è affetto per tutta la durata della vita;

nel mese di settembre 2018 l'Istituto superiore di sanità (ISS) ha ufficializzato la necessità di redigere, attraverso il sistema nazionale delle linee guida, le linee guida sul disturbo dello spettro autistico, finalizzate a: formulare diagnosi accurate nei bambini e negli adulti, riconoscere i casi e indirizzarli al trattamento, indicare terapie personalizzate a seconda delle caratteristiche individuali della persona, creare una rete di sostegno e assistenza, favorire l'interazione tra medico, paziente e familiari, rendere omogenea tra le regioni la qualità delle cure;

a livello europeo, i disturbi dello spettro autistico vengono indicati come

una condizione a elevato costo sanitario e impatto sociale, con riferimento a tutte le fasi di vita e a tutti gli ambiti d'intervento;

gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza di disturbi dello spettro autistico, probabilmente dovuto alla maggiore formazione dei medici, alle modifiche dei criteri diagnostici, all'aumentata conoscenza del disturbo da parte della popolazione generale connessa altresì al contesto socio-economico: secondo i dati diffusi dalla comunità scientifica, a livello mondiale, un bambino su 100 presenta un disturbo dello spettro autistico, con una frequenza quattro volte più alta fra i maschi, e in Italia si stima che il problema possa riguardare almeno 500.000 famiglie;

la legge n. 134 del 2015, approvata dal Parlamento nella XVII legislatura, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico, in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite A/RES/67/82 del 12 dicembre 2012, sui bisogni delle persone con autismo;

la citata legge dispone anche l'aggiornamento, da parte dell'ISS, delle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico 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;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante « Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza », di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al comma 1 dell'articolo 60 recita: « Ai sensi della legge 18 agosto 2015, n. 134, il Servizio Sanitario Nazionale, alle persone con disturbi dello spettro autistico, garantisce le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche »;

il comma 2 dell'articolo 60 del suddetto decreto dispone espressamente: « Ai sensi dell'articolo 4 della legge 18 agosto 2015, n. 134, entro centoventi giorni dall'adozione del presente decreto, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata, provvede, in applicazione dei livelli essenziali di assistenza, all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza Unificata il 22 novembre 2012. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale »;

alla luce di tale disposizione, il 10 maggio 2018, la Conferenza unificata ha approvato il documento recante « Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico »;

il suddetto atto della Conferenza unificata, tuttavia, ha squalificato, di fatto, secondo i presentatori del presente atto, la legge n. 134 del 18 agosto 2015 e l'articolo 60 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, inserendo la seguente clausola: « All'attuazione della presente intesa si provvede nei limiti delle

risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica »;

in ragione di ciò, i livelli essenziali di assistenza per le persone con disturbi dello spettro autistico sono assicurati dalle aziende sanitarie locali (Asl) solo in relazione alle risorse finanziarie disponibili e senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica, rendendone di fatto difficile la piena attuazione;

i predetti limiti, altresì, rendono inattuabile un ulteriore obbligo sancito dalla legge n. 134 del 2015, relativo all'istituzione di residenze specifiche per l'autismo o con operatori specializzati per l'autismo;

nel documento approvato in sede di Conferenza unificata si dispone, peraltro, la definizione di *équipe* specialistiche multidisciplinari, nell'ambito della neuropsichiatria infantile, sempre senza maggiori e nuovi oneri per la finanza pubblica, seppure attualmente le risorse economiche siano insufficienti e tali da poter garantire l'accesso a meno di un bambino o adolescente su quattro che necessitino di cure e riabilitazione;

secondo l'VIII rapporto di monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, negli ultimi dieci anni il numero dei pazienti seguiti dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è quasi raddoppiato, mentre il numero degli operatori continua a diminuire (-10 per cento), costringendo le famiglie a dover ricorrere sempre di più al settore privato, con costi rilevanti che, ancor più in tempi di crisi economica, sono sempre meno in grado di sostenere;

dal suddetto rapporto emerge, altresì, che l'Italia ha buoni modelli, normative e linee di indirizzo, ma assai poco applicati e con ampie diseguglianze tra una regione e l'altra. Lo stanziamento di risorse da parte delle regioni continua ad essere insufficiente per garantire alle Asl e ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia

e dell'adolescenza (Npia) di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero che, in alcuni ambiti, appare addirittura in significativa diminuzione. Continuano ad esservi regioni in cui mancano gli stessi servizi territoriali o il personale è gravemente insufficiente o non si dispone di tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici;

a questa grave sproporzione tra domanda e offerta sanitaria contribuiscono modelli organizzativi insufficienti, anche sulla base di quanto stabilito prima dal cosiddetto decreto Balduzzi (decreto-legge n. 158 del 2012) e, successivamente, dal decreto ministeriale 70 del 2015, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

con riferimento ai servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva, le vigenti normative sulla riorganizzazione ospedaliera prevedono una unità operativa di neuropsichiatria infantile solo per bacini di utenza molto grandi (da 2 a 4 milioni di abitanti): questo significa che negli ospedali di primo e secondo livello può mancare completamente la figura dello specialista in neuropsichiatria infantile;

uguali considerazioni si possono estendere alle *équipe* analoghe con riferimento all'età adulta nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale, mancanti di risorse sufficienti a consentire la presa in carico di tutti i pazienti; l'Italia, rispetto alla presenza in organico del numero di psichiatri, si posiziona soltanto al 20° posto in Europa e al 14° per numero di psicologi e infermieri; per quanto attiene alla spesa dedicata alla salute mentale, si investe solamente il 3,5 per cento della spesa sanitaria totale, a fronte di percentuali di altri Paesi, come Francia, Germania e Regno Unito, superiori fino a quattro volte (10-15 per cento);

un'altra criticità che permane è rappresentata dalla drammatica scarsità di interventi e di servizi per l'età adulta; nelle linee di indirizzo elaborate dal Mi-

nistero della salute viene affrontato il tema ma, per tale fase del ciclo vitale, non esiste ancora un vero e proprio atto di indirizzo;

nonostante con la legge n. 112 del 2016, cosiddetta sul «Dopo di Noi», siano stati previsti alcuni interventi per le persone con disabilità gravi prive del sostegno familiare, tra cui l'istituzione di un Fondo *ad hoc*, le risorse economiche assegnate sono state del tutto insufficienti e progressivamente diminuite nel triennio 2016-2018, fino ad arrivare ad una dotazione economica di 51 milioni di euro nella legge di bilancio 2018;

la famiglia, pertanto, continua ad essere la vera ed unica forma di *welfare* su cui grava il maggiore peso materiale e psicologico causato dalle difficoltà che si trova a dover affrontare;

sarebbe necessario, invece, che ai ragazzi ai quali viene diagnosticato l'autismo siano riconosciuti gli aiuti, anche di carattere economico, atti ad assicurare loro una vita completa, insieme agli altri, nei loro contesti naturali, favorendo le relazioni nel contesto scolastico, prima, con l'aiuto dei compagni di scuola, e, successivamente, nel mondo del lavoro;

nella consapevolezza della complessità del fenomeno, dell'impatto sulla qualità della vita delle persone coinvolte e sulla tenuta del contesto familiare nonché delle ricadute di ordine sociale, si ritiene fondamentale garantire, a coloro che abbiano bisogni speciali, di svolgere una vita in maniera autodeterminata, ove ciò sia possibile, affinché si possa riuscire a superare il progressivo processo che li conduce in frequenti e quasi obbligati percorsi di esclusione sociale, da cui conseguono l'isolamento e la segregazione, troppo spesso sfocianti in diverse forme di istituzionalizzazione,

impegna il Governo:

a promuovere ulteriori iniziative per la vita autonoma e l'inclusione nella comunità delle persone con disturbi dello

spettro autistico, prevedendo un approccio sistemico, interdisciplinare e multilivello, per dare seguito agli impegni assunti con l'adesione, ed in particolare all'articolo 19, alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18;

a garantire la diffusione di campagne nazionali d'informazione e di sensibilizzazione circa la promozione del benessere del bambino, con particolare riguardo al neurosviluppo, e a favorire la conoscenza delle caratteristiche dei disturbi dello spettro autistico oltre che dei sintomi precoci;

a garantire la piena attuazione della legge n. 134 del 18 agosto 2015, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con disturbo dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie, soprattutto nella parte in cui si prevede che le regioni siano tenute ad assicurare il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con disturbi dello spettro autistico, anche contemplando una costante attività di monitoraggio sull'impiego delle risorse previste dal fondo istituito proprio per dare attuazione ai predetti obiettivi di tale legge, rendendo effettiva, al riguardo, la verifica da parte del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza;

ad attivarsi per l'istituzione di una rete scientifica ed epidemiologica, anche in raccordo con analoghe esperienze in ambito europeo o internazionale, al fine di promuovere studi e ricerche finalizzati a raccogliere dati di prevalenza nazionale aggiornati sull'autismo e a censire le buone pratiche terapeutiche ed educative dedicate a questo tema;

ad adottare uno studio di fattibilità in collaborazione con le regioni, al fine di assicurare la raccolta di dati volta a fornire una mappatura dei servizi, a cominciare da alcune regioni campione, e la definizione di procedure operative da estendere all'intero territorio nazionale;

a promuovere, attraverso strumenti idonei quali, ad esempio, un protocollo

multi-osservazionale e programmi di formazione specifici, un efficace coordinamento tra pediatri di base, personale che lavora negli asili nido e unità di neuropsichiatria infantile, al fine di intercettare precocemente l'emergere di anomalie comportamentali in bambini ad alto rischio e nella popolazione generale e per fornire una diagnosi provvisoria a 18 mesi e una diagnosi stabile a 24 mesi di età;

a monitorare il lavoro di aggiornamento, da parte dell'Istituto superiore di sanità, delle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età della vita, per supportare quanto prima i professionisti sanitari nella definizione del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo più appropriato, condiviso con le persone con disturbo dello spettro autistico e i loro familiari/*caregivers*, nella formulazione di diagnosi accurate nei bambini e negli adulti e nell'individuazione di terapie adeguate e aggiornate;

ad adottare le iniziative di competenza per assicurare nei dipartimenti di salute mentale adeguati percorsi di presa in carico dei pazienti adulti con disturbi dello spettro autistico, con personale specificatamente formato e aggiornato;

ad adottare le iniziative normative necessarie ai fini della revisione dei modelli organizzativi dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria dell'età evolutiva, includendo la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Npia) tra le strutture che devono essere presenti negli ospedali di primo livello, almeno con un'attività di consulenza specialistica diurna, nonché a rivedere gli standard previsti per le unità operative complesse (Uoc) con posti letto di Npia e per le strutture semiresidenziali e residenziali, tenendo conto dell'aumento degli accessi e dei bisogni;

a valutare l'opportunità di adottare iniziative per istituire una rete di servizi che sia organizzata in centri con struttura *hub* e *spoke*, dove ogni regione individuerà uno o più centri di riferimento (le regioni sprovviste di centri di alto livello – *hub* –

faranno riferimento ad un centro *hub* di un'altra regione contigua) prevedendo che il centro *hub* abbia il compito di supervisione scientifica e tecnica sui centri periferici (*spoke*), di formazione per il personale, in modo che la diagnosi e la presa in carico terapeutica siano garantite in ogni Asl e allineate alle più recenti evidenze scientifiche;

ad assumere iniziative volte a implementare il Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico, istituito presso il Ministero della salute, e a garantire i livelli essenziali di assistenza come definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017;

ad assumere iniziative volte a implementare il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, istituito con la legge 22 giugno 2016, n. 112;

ad assumere iniziative, per quanto di competenza, volte a favorire il potenziamento, in termini di risorse umane, dei servizi di neuropsichiatria infantile e di dipartimenti di salute mentale, al fine di poter definire adeguate *équipe* multidisciplinari e garantire una diagnosi e un trattamento precoce e tempestivo in grado di incidere e migliorare la prognosi;

ad adottare iniziative, per quanto di competenza, finalizzate ad assicurare la possibilità, nelle regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi e le cure nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale, che tali servizi siano erogati da parte di specialisti o strutture accreditate, secondo le linee guida nazionali;

a favorire, nell'ambito dei progetti individuali, ulteriori forme di sperimentazione di progetti di vita indipendente con particolare riferimento al recupero e all'

integrazione sociale, in modo da dare piena attuazione all'articolo 14 della legge n. 328 del 2000;

a promuovere l'adozione graduale, nel rispetto dei vincoli di bilancio, di ogni iniziativa, anche di carattere normativo, volta ad incrementare le pensioni di invalidità civile;

a supportare il mondo associativo e del volontariato, organizzato da persone autistiche e dai loro familiari, per la realizzazione di progetti di vita autonoma, assumendo iniziative per la semplificazione delle procedure per l'assegnazione di beni confiscati alla mafia o di proprietà degli enti locali, quali immobili o terreni, per favorire la realizzazione di attività socio-educative-sportive e, altresì, l'imprenditoria mediante, ad esempio, la realizzazione di fattorie sociali e dell'orticoltura;

a promuovere progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico, al fine di poterne valorizzare le capacità;

a elaborare le linee di indirizzo sui disturbi dello spettro autistico per l'età adulta, così da definire gli essenziali servizi alla persona e gli adeguati strumenti di supporto al progetto di vita e all'autonomia della persona.

(8-00037) « Bellucci, Leda Volpi, Siani, Meloni, Lollobrigida, Gemmato, Rampelli, Bagnasco, Bond, Brambilla, Mugnai, Novelli, Pedrazzini, Versace, Sarli, Menga, Nappi, D'Arrando, Bologna, Sportiello, Mammi, Trizzino, Provenza, Lapia, De Filippo, Carnevali, Ubaldo Pagano, Pini, Rizzo Nervo, Schirò, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Sutto, Tiramani, Ziello ».