



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 485

Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

11/10/2018 - 13:07

Indice

1. DDL S. 485 - XVIII Leg.....	1
1.1. Dati generali.....	2
1.2. Testi.....	3
1.2.1. Testo DDL 485.....	4
1.3. Trattazione in Commissione.....	5
1.3.1. Sedute.....	6
1.3.2. Resoconti sommari.....	7
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita').....	8
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 8 (pom.) dell'11/09/2018.....	9
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 19 (pom.) del 10/10/2018.....	19
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 21 (pom.) del 10/10/2018.....	30

1. DDL S. 485 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 485
XVIII Legislatura

Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

Iter

11 settembre 2018: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.485 in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[Isabella Rauti](#) ([EdI](#))

Cofirmatari

[Alberto Balboni](#) ([EdI](#)), [Andrea de Bertoldi](#) ([EdI](#)), [Antonio Iannone](#) ([EdI](#)), [Patrizio Giacomo La Pietra](#) ([EdI](#)), [Ignazio La Russa](#) ([EdI](#)), [Marco Marsilio](#) ([EdI](#)), [Massimo Ruspandini](#) ([EdI](#)), [Daniela Garnero Santanche'](#) ([EdI](#)), [Raffaele Stancanelli](#) ([EdI](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **11 giugno 2018**; annunciato nella seduta n. 12 del 19 giugno 2018.

Classificazione TESEO

MALATTIE REUMATICHE

Articoli

ESENZIONI DA IMPOSTE TASSE E CONTRIBUTI (Art.1), TICKET (Art.1), DECRETI MINISTERIALI (Artt.1, 2), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.1, 2), STRUTTURE DI CURA DI TIPO OSPEDALIERO (Art.2), RILEVAMENTI STATISTICI (Art.2), INFORMAZIONE (Art.2)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Raffaele Mautone](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina l'11 settembre 2018) .

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 25 luglio 2018.
Annuncio nella seduta n. 26 del 25 luglio 2018.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), 11ª (Lavoro)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 485

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 485
XVIII Legislatura

Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta	Attività
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanità) in sede redigente N. 8 (pom.) 11 settembre 2018	Congiunzione di S.299 Proposto ciclo di audizioni
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanità) (sui lavori della Commissione) N. 19 (pom.) 10 ottobre 2018	Discusso congiuntamente: S.299 Sulla pubblicazione di documenti acquisiti nel corso delle audizioni
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanità) in sede redigente N. 21 (pom.) 10 ottobre 2018 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Discusso congiuntamente: S.299 Audizioni informali

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 8 (pom.) dell'11/09/2018

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 11 SETTEMBRE 2018
8^a Seduta

Presidenza del Presidente
SILERI

Interviene il sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri Santangelo.

La seduta inizia alle ore 15.

IN SEDE REDIGENTE

(92) Paola BOLDRINI e Vanna IORI. - Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione

(535) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore **Giuseppe PISANI (M5S)** premette che i disegni di legge in titolo: prevedono l'istituzione di una Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e l'istituzione del referto epidemiologico, inerente alla valutazione (in base ad un esame epidemiologico) dello stato di salute complessivo di una comunità; modificano la procedura per l'aggiornamento periodico degli elenchi dei sistemi di sorveglianza e dei registri sanitari.

Evidenzia, in termini generali, che: l'A.S. n. 92 è identico (tranne alcune lievi modifiche, esclusivamente formali) all'A.S. n. 2869 della precedente legislatura - il cui testo era stato approvato dalla Camera dei deputati e trasmesso al Senato -; l'A.S. n. 535 è a sua volta sostanzialmente identico ai testi suddetti, ad eccezione dell'introduzione del richiamo del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 (regolamento generale sulla protezione dei dati) e di una diversa ricognizione dei soggetti rientranti nell'ambito di applicazione dell'articolo 2.

Passa quindi a illustrare in dettaglio l'articolato.

L'articolo 1 dei testi in esame prevede l'istituzione di una Rete nazionale relativa sia ai registri dei tumori sia ai sistemi di sorveglianza, individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017. La Rete concerne, quindi, tutti i sistemi di sorveglianza compresi negli allegati al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ed i registri dei tumori disciplinati dal medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; non rientrano nella Rete gli altri registri individuati da quest'ultimo (registri di mortalità, di patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti, di trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale, di protesi impiantabili).

Il comma 1 dell'articolo 1 in esame enuncia le finalità della Rete, mentre i commi 2 e 3 demandano ad un regolamento governativo, adottato su proposta del Ministro della salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, l'individuazione e la disciplina: dei dati che possono essere inseriti nella Rete; dei soggetti preposti all'inserimento sistematico dei dati (mediante invio operato entro il 30 giugno di ogni anno); delle modalità relative al trattamento dei dati; dei soggetti che possono avere accesso alla Rete; dei dati accessibili; delle misure per la custodia e la sicurezza dei dati; delle modalità con cui siano garantiti agli interessati il diritto di accesso e gli altri diritti di cui all'articolo 7 del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Il regolamento governativo deve essere adottato entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Il comma 4 specifica che il titolare del trattamento dei dati contenuti nella Rete è il Ministero della salute, mentre il comma 5 pone alcuni principi sulla validazione ed il trattamento dei dati.

Per le finalità di cui alla presente legge, possono essere stipulati, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, accordi di collaborazione a titolo gratuito: con soggetti qualificati sotto il profilo scientifico, secondo le nozioni e le condizioni di cui al comma 6 dell'articolo 1; con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale più rappresentative e attive nella tutela della salute umana e della prevenzione oncologica, secondo le condizioni di cui al comma 1 dell'articolo 2 (la versione dell'A.S. n. 535 opera in merito una diversa ricognizione, facendo riferimento - fermi restando il rispetto delle suddette condizioni ed il requisito della maggiore rappresentatività ed attività - agli enti ed associazioni privati, diversi dalle società e dalle imprese sociali, costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore); con le associazioni attive nel campo dell'assistenza socio-sanitaria e con enti e associazioni attivi nella valutazione dell'impatto della patologia oncologica e della quantificazione dei bisogni assistenziali e nell'informazione e comunicazione sui rischi per la popolazione, sempre secondo le condizioni di cui al comma 1 dell'articolo 2.

Il comma 2 dell'articolo 2 prevede che i suddetti enti ed associazioni (di cui al precedente comma 1) possano presentare proposte in relazione ad iniziative intese allo sviluppo ed alla valorizzazione dell'attività della Rete in oggetto. In caso di mancato accoglimento, deve essere fornita una risposta, scritta e motivata, entro tre mesi dalla data di presentazione della proposta.

L'articolo 3 modifica la procedura per l'aggiornamento periodico degli elenchi dei sistemi di sorveglianza e dei registri di cui al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017. La norma vigente prevede che l'aggiornamento periodico sia operato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome ed acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali. La novella fa riferimento, invece, ad un decreto del Ministro della salute, fermi restando l'intesa ed il parere suddetti.

L'articolo 4 demanda ad un decreto del Ministro della salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, l'istituzione e la disciplina del referto epidemiologico. Quest'ultimo è definito dal comma 2 come "il dato aggregato o macrodato corrispondente alla

valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale"; la valutazione concerne in particolare l'incidenza delle malattie ed il numero e la causa dei decessi. Il referto è inteso a individuare la diffusione e l'andamento di specifiche patologie e ad identificare eventuali criticità di origine ambientale, professionale o sociosanitaria.

Il decreto deve individuare i soggetti preposti alla raccolta e all'elaborazione dei dati che confluiscono nel referto epidemiologico, disciplinare il trattamento, l'elaborazione, il monitoraggio continuo e l'aggiornamento periodico dei medesimi dati e prevedere la pubblicazione, con cadenza annuale, del referto epidemiologico, "in particolare per quanto riguarda i dati relativi all'incidenza e alla prevalenza delle patologie che costituiscono più frequentemente causa di morte"; la pubblicazione è operata nei siti internet dei soggetti individuati con il medesimo decreto.

Quest'ultimo deve essere emanato entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

L'articolo 5 specifica che la raccolta ed il conferimento, da parte delle regioni e delle province autonome, dei dati dei registri di cui all'elenco A2) dell'allegato A al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017 rappresentano un adempimento da valutare ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui, rispettivamente, agli articoli 9 e 12 dell'intesa sancita il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. L'elenco A2) concerne i registri summenzionati di rilevanza nazionale e regionale, ad esclusione dei registri (sempre di rilevanza nazionale e regionale) già disciplinati dalla normativa vigente a livello nazionale al momento di emanazione del medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, i quali sono indicati nell'elenco B2).

L'articolo 6 prevede una relazione annua alle Camere, da parte del Ministro della salute, in merito all'attuazione della presente legge, anche con specifico riferimento al grado di raggiungimento delle finalità della Rete nazionale in oggetto e con dettagliata illustrazione del livello di attuazione della trasmissione dei dati da parte dei Centri di riferimento regionali (centri definiti dall'articolo 2 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017).

L'articolo 7 reca la clausola di invarianza degli oneri a carico della finanza pubblica.

Dopo gli interventi sull'ordine dei lavori della senatrice [BINETTI \(FI-BP\)](#) - che auspica l'audizione delle associazioni enumerate dall'articolo 2, attesa la scelta politica dei proponenti di contemplarle all'interno del testo -, della senatrice [BOLDRINI \(PD\)](#) - che si associa alla richiesta di audizioni della senatrice Binetti e si riserva di far pervenire proposte al riguardo - e della senatrice [RIZZOTTI \(FI-BP\)](#) - che ritiene condivisibili le proposte istruttorie avanzate dalle precedenti oratrici, ma rileva l'opportunità di rinviare le valutazioni di merito alla fase della discussione generale -, la Commissione conviene di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proprie richieste di audizione entro le ore 12 del prossimo martedì 18 settembre.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

(189) Maria RIZZOTTI ed altri. - Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare

(Discussione e rinvio)

Il relatore **DLMARZIO** (M5S) illustra il disegno di legge in titolo, concernente le malattie inerenti a disturbi del comportamento alimentare.

L'articolo 1 riconosce come malattie sociali la bulimia e l'anoressia (come ivi definite) nonché le altre patologie inerenti ai disturbi gravi del comportamento alimentare, tra cui l'ortoressia e la vigoressia (come definite dal medesimo articolo 1). Al riguardo, il relatore ricorda che la nozione giuridica di malattia sociale è prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, ai fini della possibilità di promozione, da parte del Ministero della salute, dell'istituzione di appositi centri relativi alle medesime malattie.

L'articolo 2 introduce una figura di reato nel codice penale, comminando la reclusione fino ad un anno - oltre ad una sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro - per chi, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determini o rafforzi l'altrui proposito di ricorrere a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a procurare l'anoressia o la bulimia, e ne agevoli l'esecuzione; la pena della reclusione è fino a due anni - con la sanzione amministrativa pecuniaria da 20.000 a 100.000 euro - qualora il delitto sia commesso nei confronti di "una persona in minorata difesa" ovvero di un minore degli anni quattordici o di una persona priva della capacità di intendere e di volere. Qualora l'autore del reato si trovi in uno stato psicologico di disturbo del comportamento alimentare, la sanzione della pena detentiva è commutata in trattamento sanitario obbligatorio. In proposito, il relatore osserva che occorrerebbe valutare la congruità della scelta di prevedere, insieme con la sanzione penale, una sanzione amministrativa pecuniaria, in luogo della multa penale, ricordando che i limiti minimi e massimi di quest'ultima, secondo l'articolo 24 del codice penale, non possono essere, rispettivamente, inferiori a 50 euro e superiori a 50.000 euro (fatte salve disposizioni speciali in deroga). Riguardo alla suddetta locuzione di "persona in minorata difesa", il relatore segnala che il riferimento sembra posto alla seguente fattispecie di circostanza aggravante comune, di cui all'articolo 61, primo comma, n. 5), del codice penale: "l'averne profittato di circostanze di tempo, di luogo o di persona, anche in riferimento all'età, tali da ostacolare la pubblica o privata difesa".

I commi 1 e 2 dell'articolo 3 prevedono l'adozione - da parte dello Stato, delle regioni e province autonome - di progetti obiettivi, azioni programmatiche e idonee iniziative, diretti a prevenire e curare le malattie inerenti ai disturbi gravi del comportamento alimentare. Gli interventi perseguono gli obiettivi indicati nel comma 2 (diagnosi precoce; miglioramento delle modalità di cura dei soggetti colpiti; prevenzione delle complicanze; agevolazione dell'inserimento dei soggetti colpiti nelle attività scolastiche, sportive e lavorative; miglioramento dell'educazione sanitaria ed alimentare della popolazione; preparazione ed aggiornamento professionali del personale sanitario e scolastico; predisposizione degli strumenti di ricerca opportuni; attivazione di percorsi specifici e programmi dedicati alla formazione e al sostegno dei nuclei familiari delle persone con disturbi del comportamento alimentare).

In materia, il relatore ricorda che un accordo tra Governo, regioni e province autonome, recante linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, è stato sancito dalla relativa Conferenza permanente nella seduta del 22 giugno 2017.

Il comma 3 del medesimo articolo 3 demanda ad un decreto del Ministro dell'interno, emanato secondo la procedura ed i termini ivi stabiliti, la definizione dei criteri e delle modalità per impedire l'accesso ai siti che diffondano, tra i minori, messaggi suscettibili di rappresentare, per il loro contenuto, un concreto pericolo di istigazione al ricorso a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a provocare e diffondere le malattie in oggetto. Il comma 4 prevede che la Polizia postale e delle

comunicazioni provveda al monitoraggio dei siti summenzionati.

L'articolo 4 stabilisce le tipologie di intervento - da parte delle regioni e delle province autonome e tramite le strutture sanitarie, ivi compresi appositi centri regionali e provinciali di riferimento - ai fini della diagnosi precoce e della prevenzione delle complicanze delle suddette malattie. Tali tipologie concernono: la formazione e l'aggiornamento professionali (mediante un programma articolato) del personale medico e scolastico sulla conoscenza di tali malattie, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti; la prevenzione delle complicanze, nonché il monitoraggio delle patologie associate alle malattie in oggetto; la definizione di test diagnostici e di controllo per i pazienti affetti dalle malattie medesime; la cura dei suddetti pazienti per evitare il loro aggravamento.

Per la definizione degli interventi in esame, l'articolo 4 prevede uno specifico atto di indirizzo e coordinamento, che stabilisca criteri e metodologie. Riguardo alla procedura per l'emanazione di quest'ultimo, si prevede esclusivamente il parere dell'Istituto superiore di sanità. Al riguardo, il relatore ricorda che il parere favorevole approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali, nella scorsa legislatura, sull'A.S. n. 438 - disegno di legge in buona parte simile a quello in esame - recava la condizione che l'atto di indirizzo e coordinamento fosse adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome (quantomeno "per gli aspetti non coperti" dalle linee di indirizzo definite nel suddetto accordo del 22 giugno 2017).

L'articolo 5 istituisce la "Giornata nazionale contro i disturbi del comportamento alimentare", fissandola al 15 marzo di ciascun anno.

I commi 1 e 2 dell'articolo 6 introducono il divieto, per le agenzie di moda e pubblicitarie, di avvalersi di modelle che non presentino certificato medico o il cui certificato medico attesti, in base all'indice di massa corporea, grave magrezza o forte sottopeso. Il comma 3 reca una sanzione amministrativa pecuniaria per la violazione del suddetto divieto. La definizione delle modalità di attuazione di quest'ultimo è demandata dal comma 4 ad un decreto ministeriale.

In base all'articolo 7, il Ministro della salute presenta al Parlamento una relazione annuale di aggiornamento sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche sulle malattie in oggetto, con particolare riferimento ai problemi concernenti la diagnosi precoce ed il monitoraggio delle complicanze.

L'articolo 8 quantifica in 20 milioni di euro annui l'onere derivante dal presente disegno di legge e provvede alla copertura finanziaria mediante impiego del fondo speciale di parte corrente (fondo destinato alla copertura degli oneri di parte corrente relativi ai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento).

Dopo un intervento sull'ordine dei lavori della senatrice [RIZZOTTI \(FI-BP\)](#) - che, nel ringraziare per la calendarizzazione del disegno di legge in esame, segnala l'opportunità di svolgere alcune audizioni informali ai fini dell'istruttoria legislativa ed auspica, ove possibile, una riassegnazione del provvedimento in sede deliberante -, la Commissione conviene di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proprie richieste di audizione entro le ore 12 del prossimo martedì 18 settembre.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

(299) Paola BOLDRINI e PARRINI. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia

(485) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore **MAUTONE** (M5S), dopo aver inquadrato, in termini generali, le problematiche legate alla fibromialgia, illustra i disegni di legge in titolo.

Il disegno di legge A.S. n. 299 prevede un complesso di norme in favore delle persone affette da fibromialgia e dello sviluppo delle conoscenze relative a tale malattia.

La fibromialgia è riconosciuta dall'articolo 2 del testo in esame come "malattia invalidante" e, in conformità a tale riconoscimento, l'articolo 3 prevede l'inclusione della medesima nel novero delle malattie croniche o invalidanti, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le relative prestazioni di assistenza sanitaria, demandando ad un decreto del Ministro della salute l'attuazione di tale inclusione. Il medesimo articolo 3 fa riferimento, per le persone affette dalla malattia in esame (sempre individuate in base ai criteri oggettivi per l'identificazione dei sintomi e delle condizioni cliniche definiti dal suddetto decreto ministeriale), al diritto all'accesso al telelavoro. Il relatore rileva l'opportunità di una più chiara definizione di tale ultimo profilo.

Il successivo articolo 8 prevede che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Ministero della salute stipulino accordi con le associazioni imprenditoriali per favorire l'accesso delle persone affette da fibromialgia al telelavoro (anche domiciliare).

Il comma 1 dell'articolo 4 prevede l'individuazione (mediante decreto del Ministro della salute) di centri nazionali di ricerca per lo studio della fibromialgia, per la definizione dei relativi protocolli terapeutici, dei presidi farmacologici convenzionali e non convenzionali, nonché di quelli riabilitativi idonei, e per la rilevazione statistica dei soggetti affetti.

Il successivo comma 2 richiede che le regioni individuino, all'interno delle strutture sanitarie pubbliche operanti sul territorio, appositi ambulatori specialistici, idonei per la diagnosi e la cura della fibromialgia, in grado di assicurare una presa in carico multidisciplinare e di relazionarsi, ove necessario, con altre sedi specialistiche, al fine di assicurare ai pazienti tutte le cure tese al raggiungimento o al mantenimento di un sufficiente grado di autonomia e di vita indipendente.

L'articolo 5 prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Registro nazionale della fibromialgia, per la raccolta e l'analisi dei dati clinici, intese alla definizione di appropriate strategie di intervento (ivi compresa la diagnosi precoce) e di trattamenti medico-sanitari più efficaci nonché allo svolgimento di studi clinici e di ricerca. Il Registro è articolato in sezioni regionali ed è alimentato dalle informazioni che le singole regioni trasmettono annualmente al Ministero della salute. Gli elementi di informazione rientranti nell'ambito del Registro sono individuati dai commi 3 e 4, mentre il secondo periodo del comma 2 demanda ad un decreto ministeriale la definizione dei criteri e delle modalità di tenuta e di rilevazione dei dati del Registro ("anche con strumenti informatici e telematici"). Con riferimento al medesimo Registro, è autorizzata la spesa di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019 (comma 6).

L'articolo 6 prevede l'inserimento di idonei corsi di formazione, relativi alla diagnosi ed ai protocolli terapeutici per la fibromialgia, nel programma nazionale per la formazione continua in medicina, disponendo, a tal fine, uno stanziamento pari a 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Per la predisposizione dei corsi in oggetto, l'articolo 6 fa riferimento al Ministero della salute, mentre le norme generali, ivi richiamate, in materia di formazione continua in medicina prevedono l'adozione della programmazione pluriennale da parte della Commissione nazionale per la formazione continua e dei relativi programmi regionali da parte delle regioni.

I commi 1 e 2 dell'articolo 7 prevedono che il Ministero della salute, d'intesa con le regioni,

avvalendosi degli enti del Servizio sanitario nazionale e anche mediante eventuali convezioni con associazioni senza scopo di lucro, promuova studi e ricerche sulla fibromialgia.

Il successivo comma 3 richiede la presentazione alle Camere, ogni tre anni, da parte del Ministro della salute, di una relazione sullo stato delle conoscenze e delle acquisizioni scientifiche in materia. La relazione è elaborata con il concorso dei soggetti menzionati nel medesimo comma 3.

L'articolo 9 prevede che il Ministero della salute promuova periodiche campagne di informazione e di sensibilizzazione sulle problematiche relative alla fibromialgia, da svolgere con i soggetti pubblici e privati ivi richiamati. Le campagne sono intese in particolare a diffondere una maggiore conoscenza dei sintomi della malattia e a promuovere il ricorso al medico di medicina generale nonché ai centri nazionali e agli ambulatori specialistici di cui all'articolo 4.

L'articolo 10 quantifica in 10 milioni di euro annui per il periodo 2018-2020 l'onere derivante dal presente disegno di legge e provvede alla copertura finanziaria mediante impiego del fondo speciale di parte corrente (fondo destinato alla copertura degli oneri di parte corrente relativi ai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento).

Anche il disegno di legge A.S. n. 485 reca norme in materia di fibromialgia (ivi indicata pure con la locuzione alternativa "sindrome fibromialgica").

Anche in questo disegno di legge (così come nell'A.S. n. 299) essa è qualificata (articolo 1) come "malattia invalidante" e, in conformità a tale riconoscimento, si prevede l'inclusione della medesima nel novero delle malattie croniche o invalidanti, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le relative prestazioni di assistenza sanitaria, demandando ad un decreto del Ministro della salute, su proposta dell'Istituto superiore di sanità, l'attuazione di tale inclusione.

Il comma 1 dell'articolo 2 prevede che il Ministero della salute, d'intesa con le regioni, individui i presidi sanitari pubblici dei reparti di reumatologia o di immunologia deputati alla diagnosi e alla cura della fibromialgia.

Il successivo comma 2 demanda ad un decreto del Ministro della salute, emanato d'intesa con le regioni, la definizione di apposite linee guida per la rilevazione statistica dei soggetti affetti da fibromialgia, al fine di predisporre mirati e specifici protocolli terapeutici e riabilitativi, intesi a garantire prestazioni specialistiche appropriate ed efficaci, l'impiego di farmaci per il controllo dei sintomi, nonché il monitoraggio e la prevenzione degli eventuali aggravamenti dei soggetti.

Ai sensi del comma 3, il Ministero della salute, d'intesa con le regioni, definisce le modalità per lo svolgimento di campagne informative periodiche per la prevenzione della fibromialgia, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle aziende sanitarie locali, "anche con la previsione di visite gratuite e della diffusione di materiali informativi".

L'articolo 3 quantifica in 30 milioni di euro annui per il periodo 2018-2020 l'onere derivante dal presente disegno di legge e provvede alla copertura finanziaria mediante impiego del fondo speciale di parte corrente (fondo destinato alla copertura degli oneri di parte corrente relativi ai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento).

Dopo interventi sull'ordine dei lavori della senatrice [BOLDRINI](#) (PD) - che plaude alla calendarizzazione dei disegni di legge in esame ed auspica lo svolgimento di audizioni istruttorie - e della senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) - che invita a valutare modalità di approccio ai problemi della fibromialgia anche diverse dall'intervento legislativo -, la Commissione conviene di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proprie richieste di audizione entro le ore 12 del prossimo martedì 18 settembre.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

Schema di decreto legislativo recante riforma dell'ordinamento penitenziario (n. 39)

(Osservazioni alla 2a Commissione. Esame e rinvio)

Il **PRESIDENTE**(M5S), in qualità di relatore, illustra il provvedimento in titolo, recante un complesso di modifiche all'ordinamento penitenziario, in attuazione della disciplina di delega di cui all'articolo 1, commi 82 e 83 e comma 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) ed u), della legge 23 giugno 2017, n. 103 . Riguardo ai profili di competenza della Commissione, segnala, in primo luogo, che l'articolo 1, comma 1, dello schema novella per intero l'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni - articolo concernente l'assistenza sanitaria per i detenuti e gli internati -.

Il nuovo testo corrisponde in larga misura alle norme vigenti, poste sia dall'attuale versione del citato articolo 11 sia da altre norme - abrogate dal comma 3 del presente articolo 1 e dal successivo articolo 2, in quanto assorbite dalla novella in oggetto - sia da alcuni principi e norme del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante il "riordino della medicina penitenziaria". Questi ultimi - inerenti agli obblighi di informazione al detenuto o internato sul proprio stato di salute ed allo svolgimento dell'assistenza sanitaria (in favore dei soggetti in esame) secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica - sono, quindi, ribaditi dalla novella in oggetto.

Rispetto al complesso di disposizioni già vigenti e summenzionate, le modifiche sostanziali che presenta la novella di cui all'articolo 1, comma 1, appaiono al relatore le seguenti: si prevede che la carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati (disciplinata dal citato decreto legislativo n. 230 del 1999) sia messa a disposizione dei medesimi detenuti ed internati con idonei mezzi di pubblicità (capoverso 3); si dispone che il medico annoti immediatamente nella cartella clinica del detenuto o internato, anche mediante comunicazione fotografica, ogni informazione relativa a segni o indicazioni che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e che, fermo restando l'obbligo di referto, dia relativa comunicazione al direttore dell'istituto ed al magistrato di sorveglianza (capoverso 7); si specifica - in attuazione del principio suddetto di garanzia della continuità terapeutica - che ai detenuti ed internati è assicurata la necessaria continuità con gli eventuali trattamenti in corso all'esterno (ovvero all'interno dell'istituto penitenziario da cui siano stati trasferiti) (capoverso 9) e che ai medesimi, qualora, al momento della custodia cautelare o dell'esecuzione dell'ordine di carcerazione, abbiano in corso un programma terapeutico nell'ambito della disciplina sulla rettificazione di attribuzione di sesso, sono assicurati la prosecuzione del programma ed il necessario supporto psicologico (capoverso 10).

Il comma 2 del presente articolo 1 novella parzialmente l'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 230 del 1999. La novella di cui alla lettera a) inserisce l'aggettivo "tempestive" nell'ambito delle qualificazioni richieste per le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione garantite ai detenuti ed agli internati (al pari dei cittadini in stato di libertà). La riformulazione di cui alla lettera b) specifica che sono garantiti ai soggetti in esame interventi di prevenzione, cura e sostegno "del disagio psichico e della marginalità sociale" (mentre il testo vigente fa riferimento al "disagio psichico e sociale").

Riguardo agli altri articoli dello schema di decreto, il relatore si sofferma su alcune disposizioni dell'articolo 11, concernente il trattamento penitenziario.

In particolare, la novella di cui al comma 1, lettera c), modifica la disciplina sulla permanenza all'aria aperta (con riferimento ai detenuti ed internati che non prestino lavoro all'aperto). Il tempo minimo di permanenza a cui i soggetti in esame hanno diritto è elevato da due a quattro ore al giorno. Tale durata minima è riducibile a due ore per "giustificati motivi" (in merito, il testo vigente prevede la riduzione ad un'ora per "motivi eccezionali").

In merito alla novella di cui alla successiva lettera e), numero 3), segnala che: riguardo al principio (già vigente) in base al quale le donne detenute o internate sono ospitate in istituti separati o in apposite sezioni di istituto, si specifica che il numero delle persone detenute o internate nelle suddette strutture deve essere tale da non compromettere le attività trattamentali; si richiede che l'assegnazione dei detenuti e degli internati, per i quali si possano temere aggressioni o sopraffazioni da parte della restante popolazione detenuta, in ragione solo dell'identità di genere o dell'orientamento sessuale, avvenga per categorie omogenee, in sezioni distribuite in modo uniforme sul territorio nazionale, previo consenso degli interessati (i quali, in caso contrario, sono assegnati a sezioni ordinarie), fermo restando il diritto alla partecipazione ad attività trattamentali, eventualmente anche insieme con la restante popolazione detenuta.

Rileva, inoltre, che la novella di cui alla lettera p) prevede che: nelle determinazioni in materia di trasferimenti, i detenuti e gli internati siano destinati agli istituti più vicini alla loro dimora o a quella della famiglia ovvero al loro centro di riferimento sociale, da individuarsi tenuto conto di alcune esigenze, tra cui quelle di salute; l'amministrazione penitenziaria dia conto dei motivi che giustifichino la deroga a tale precetto; sulla richiesta di trasferimento, presentata dal soggetto per ragioni di studio, di formazione, di lavoro, di salute o familiari, l'amministrazione suddetta provveda, con atto motivato, entro sessanta giorni.

Il [PRESIDENTE](#) avverte che il seguito e la conclusione dell'esame avranno luogo nella seduta pomeridiana di domani.

La Commissione prende atto.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il senatore [ERRANI](#) (*Misto-LeU*) rinnova la richiesta, già avanzata prima della pausa dei lavori parlamentari, di audire il Ministro della salute in merito all'applicazione della normativa sugli obblighi vaccinali, alla luce dell'imminente avvio dell'anno scolastico e delle difficoltà interpretative e attuative da più parti segnalate.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*) fa rilevare che il sistema dell'autocertificazione, secondo quanto è emerso dai controlli svolti dai NAS, non sta dando luogo a particolari problemi attuativi né ha dato adito a massicce pratiche elusive dell'obbligo vaccinale, essendo le dichiarazioni false risultate, sinora,

di numero assai limitato.

Il **PRESIDENTE** ritiene preferibile attendere la conclusione del procedimento di conversione del decreto-legge proroghe, nel cui ambito elementi di delucidazione potranno essere forniti, anche in sede consultiva, dal rappresentante del Governo, nel corso dell'eventuale seconda lettura del Senato. Segnala che, se si deciderà di svolgere un'audizione *ad hoc*, occorrerà tenere presenti anche le competenze in materia del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e della 7ª Commissione.

Soggiunge che nel corso della prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza le problematiche connesse agli obblighi vaccinali potranno essere nuovamente affrontate in sede di programmazione dei lavori, anche valutando l'opportunità di iscrivere all'ordine del giorno della Commissione i disegni di legge già presentati in materia presso questo ramo del Parlamento.

La seduta termina alle ore 15,55.

1.3.2.1.2. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 19 (pom.) del 10/10/2018

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
MERCOLEDÌ 10 OTTOBRE 2018
19ª Seduta

Presidenza del Presidente
SILERI

Intervengono il sottosegretario di Stato per la salute Fugatti e il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.

La seduta inizia alle ore 15,20.

IN SEDE CONSULTIVA

(Doc. LVII, n. 1-bis) Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2018 - Allegati I, II, III e IV - Annesso

(Parere alla 5a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

Il **PRESIDENTE** ricorda che nella seduta di ieri sono state svolte la relazione illustrativa, la discussione generale e la replica.

Comunica quindi che, dopo l'illustrazione dello schema di parere favorevole da egli predisposto in qualità di relatore, potrà essere illustrato lo schema di parere alternativo a prima firma del senatore Faraone, di segno contrario, testé presentato.

La Commissione prende atto.

Il **PRESIDENTE**(M5S), in qualità di relatore, dà quindi lettura dello schema di parere favorevole pubblicato in allegato.

Il senatore **FARAONE** (PD), nell'illustrare a propria volta lo schema di parere alternativo a sua

prima firma (pubblicato in allegato), sottolinea che le premesse inserite nella proposta di parere elaborata dal relatore sono di per sé condivisibili ma, come anche per diverse delle enunciazioni contenute nel Documento in esame, mancano in relazione ad esse le necessarie indicazioni di copertura finanziaria. Dopo aver auspicato che il rappresentante del Governo fornisca in proposito i necessari chiarimenti, fa presente che il proprio Gruppo sarebbe disponibile ad appoggiare proposte concrete per adeguare il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, magari utilizzando in maniera più accorta le massicce risorse assorbite dal reddito di cittadinanza.

Il sottosegretario BARTOLAZZI esprime parere favorevole sullo schema di parere del relatore e avviso contrario sullo schema alternativo appena illustrato. Osserva, incidentalmente, che occorre evitare un ragionamento per compartimenti stagni: l'introduzione del reddito di cittadinanza rileva anche quale misura di politica sanitaria, considerati gli effetti positivi che tale istituto può determinare sullo stile di vita delle persone a basso reddito.

Si passa alle dichiarazioni di voto sullo schema di parere presentato dal relatore.

Il senatore [ERRANI](#) (*Misto-LeU*), nell'annunciare il voto contrario del suo Gruppo, manifesta rammarico per il mancato adeguamento delle risorse per il Servizio sanitario nazionale: gli stanziamenti indicati dal Documento in esame non bastano neppure a garantire i rinnovi contrattuali e i LEA e il perdurare dell'andamento decrescente della spesa sanitaria in rapporto al PIL è fonte di grande preoccupazione.

Risulta chiaro, agli occhi dell'oratore, che la sanità è fuori dalle priorità del Governo, che evidentemente non ne percepisce l'importanza fondamentale per la tenuta sociale del Paese.

Dopo aver evidenziato che per garantire i LEA, almeno in alcune aree del Paese, non bastano le razionalizzazioni o i tagli agli sprechi ma urgono investimenti, prende atto che con il Documento in esame non si è voluta invertire la tendenza, che per vero ha caratterizzato le politiche degli ultimi anni, al definanziamento della sanità.

Conclude richiamando l'attenzione della Commissione sugli indicatori che evidenziano la diminuzione della qualità della vita, specie delle persone ultrasessantacinquenni: ciò è indice sintomatico, ad avviso dell'oratore, della crisi del sistema sanitario.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FI-BP*) ribadisce il giudizio critico sul complesso del Documento in esame, dal quale ritiene non emerga una visione credibile del futuro ma solo la tendenza ad incrementare l'indebitamento e le spese correnti.

Riepiloga, quindi, le criticità del provvedimento, nella parte in cui esso tratta dei temi di competenza della Commissione: scarsa attenzione per le non autosufficienze, per le quali non sono previste risorse aggiuntive, né agevolazioni di carattere fiscale, né provvidenze a favore dei care giver; mancato superamento del cosiddetto super *ticket*, che continuerà così a gravare come odioso balzello sugli ammalati, agevolando la sanità privata; inadeguatezza delle risorse per il rinnovo dei contratti del settore sanitario; disomogeneità territoriale nell'erogazione dell'assistenza.

Per il complesso delle ragioni esposte, dichiara il voto contrario del proprio Gruppo, manifestando il convincimento che i cittadini hanno bisogno di un sistema sanitario di qualità e non di misure assistenzialistiche, quale è il reddito di cittadinanza.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) osserva che le premesse dello schema di parere predisposto dal relatore individuano in maniera corretta i settori di intervento, pur apparendo carenti nell'individuazione delle azioni concrete da adottare. Si rammarica, inoltre, per la mancata menzione del tema, a suo avviso cruciale, del superamento del numero chiuso per la formazione, anche

specialistica, in medicina.

Dovendo limitare in questa sede la sua valutazione ai profili di rilievo sanitario, dichiara un voto di astensione, sottolineando che, se sono apprezzabili gli intendimenti concernenti le politiche sanitarie, ben più severo è il proprio giudizio sulle altre parti del Documento.

Manifesta infine perplessità per i contenuti dello schema di parere alternativo a prima firma del senatore Faraone, alla luce delle politiche sanitarie, a suo giudizio per nulla condivisibili, adottate dal Partito Democratico nella passata legislatura.

La senatrice **CANTU'** (*L-SP-PSd'Az*) annuncia a nome del proprio Gruppo voto favorevole, evidenziando che nelle premesse dello schema di parere del relatore sono prefigurate linee di intervento in grado di garantire, al contempo, l'effettiva sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e il mantenimento del suo carattere universalistico.

Il senatore **ENDRIZZI** (*M5S*) trova poco comprensibili le critiche avanzate dal senatore Faraone, considerato che il Documento in esame prefigura sia interventi di carattere riformatore (cita, a titolo di esempio, il tavolo tecnico sulla farmaceutica) sia adeguamenti, ancorché non cospicui, del livello di finanziamento del sistema sanitario. A tale ultimo riguardo, fa rilevare che in cifra assoluta, in base alla Nota, la spesa sanitaria aumenta sia nel 2018 che nel 2019 e che l'andamento decrescente di quest'ultima in rapporto al PIL va valutato in relazione alle previsioni di crescita economica. Pertanto, anche per ciò che attiene al settore sanitario, gli impegni politici assunti in sede di stipula del contratto di governo, a giudizio dell'oratore, sono stati mantenuti.

Invita a riflettere sull'importanza del reddito di cittadinanza anche ai fini della tutela della salute: accrescere le possibilità di spesa delle famiglie in maggiore difficoltà significa anche incidere positivamente sugli stili di vita, ad esempio per ciò che concerne la qualità dell'alimentazione. Annuncia, infine, il voto favorevole del proprio Gruppo.

Il senatore **FARAONE** (*PD*) si dichiara in primo luogo allibito, sia per la qualità delle argomentazioni addotte dal senatore Endrizzi sia per la mancata risposta del rappresentante del Governo rispetto alla questione delle coperture finanziarie. Ritiene che le forze di maggioranza non abbiano neppure ben chiara la distinzione tra gli interventi volti a superare l'esclusione sociale e le misure attinenti alla sanità.

Quanto al tema delle risorse, esprime il convincimento che il *bluff* portato avanti dal Governo sarà evidente in sede di esame della legge di bilancio, allorquando i buoni propositi saranno frustrati dalla mancanza di adeguate coperture. Saggiunge che anche il prefigurato superamento del numero chiuso per l'accesso alla formazione in medicina, al di là delle valutazioni di merito, è alquanto oneroso e andrebbe ad aggravare ulteriormente il quadro finanziario.

Tutto ciò premesso, dichiara che il proprio Gruppo esprimerà voto contrario.

Non essendovi altre richieste di intervento, previa verifica del numero legale, la proposta di parere del relatore è posta in votazione e approvata.

Il **PRESIDENTE** dichiara conseguentemente precluso lo schema di parere alternativo a prima firma del senatore Faraone.

IN SEDE REDIGENTE

(535) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione

(92) Paola BOLDRINI e Vanna IORI. - Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 settembre.

Il **PRESIDENTE** ricorda che sono state svolte la relazione illustrativa e un susseguente ciclo di audizioni informative, e che sono stati inoltre già presentati e pubblicati gli emendamenti e gli ordini del giorno riferiti all'Atto Senato n. 535, adottato come testo base (emendamenti e ordini del giorno pubblicati in allegato al resoconto del 4 ottobre).

Informa, inoltre, che nella giornata di ieri sono pervenuti i pareri della 1a Commissione (non ostativo con osservazioni sul testo, non ostativo sugli emendamenti) e della 14a Commissione (favorevole sul testo, non ostativo sugli emendamenti). Precisa che deve ancora essere completata l'acquisizione dei pareri delle Commissioni consultate (tra cui quelli della Commissione Bilancio) e dei contributi scritti richiesti al Garante della privacy e agli esperti che per ragioni di tempo non è stato possibile audire.

Prende atto la Commissione.

Si apre la discussione generale.

La senatrice **BOLDRINI (PD)**, riservandosi di intervenire sugli aspetti di dettaglio in sede di esame degli emendamenti, esprime in termini generali apprezzamento per il testo base, considerato anche che quest'ultimo mutua in gran parte i contenuti del disegno di legge n. 92 a sua firma, che a sua volta riprende l'articolato del progetto di legge approvato in materia dalla Camera nella passata legislatura, a seguito di approfondita istruttoria.

Sottolinea che le audizioni svolte hanno confermato l'opportunità dell'istituzione della rete dei registri tumori, anche al fine di garantire la necessaria uniformità all'azione dei diversi registri.

La senatrice **RIZZOTTI (FI-BP)** si associa all'apprezzamento manifestato dalla precedente oratrice sull'impostazione generale del testo, pur manifestando perplessità sulla clausola di invarianza finanziaria. Auspica che vi sarà la possibilità di interventi migliorativi in sede emendativa.

Non essendovi altri iscritti a parlare, il **PRESIDENTE** dichiara conclusa la discussione generale e avverte che la discussione congiunta proseguirà nella seduta di domani con le repliche e con la fase di illustrazione degli emendamenti.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

Il **PRESIDENTE** comunica che, nel corso dell'audizione svolta nella giornata odierna, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sui disegni di legge nn. [299](#) e [485](#), concernenti la fibromialgia, è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari di ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,20

SCHEMA DI PARERE PROPOSTO DAI SENATORI FARAONE, Caterina BINI e Paola BOLDRINI

SUL DOC. LVII, N. 1-BIS, Allegati I, II, III e IV - Annesso

La 12^a Commissione Igiene e sanità,

esaminata la Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2018 (*Doc. LVII, n. 1-bis*) per le parti di competenza;

la Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza 2018 è stata depositata alle Camere in palese ritardo rispetto a quanto previsto dalla legge di contabilità pubblica. L'articolo 7, comma 2,

lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, infatti, stabilisce in modo perentorio che il deposito della Nota di aggiornamento debba avvenire entro il 27 settembre di ogni anno, per le conseguenti deliberazioni parlamentari. Tale ritardo, oltre ad evidenziare le difficoltà della maggioranza nel trovare una sintesi fra le diverse posizioni, comprime in modo mai verificatosi in passato l'iter di esame parlamentare del documento;

la Nota di aggiornamento, diversamente da quanto previsto dall'articolo 10-bis della legge n. 196 del 2009, risulta altresì priva di alcuni elementi fondamentali. In particolare:

nel descrivere i principali ambiti di intervento della futura manovra di bilancio, non include le indicazioni quantitative di massima circa le misure di entrata e di spesa ai fini del raggiungimento degli obiettivi programmatici;

non contiene, nell'annesso relativo alla Relazione al Parlamento:

- a) il Piano di rientro di cui all'articolo 6, comma 3, della legge n. 243 del 2012, previsto in caso di scostamento dall'obiettivo di medio periodo (OMT), dettagliato anno per anno;
- b) nei presupposti della Relazione non è fatta menzione né agli eventi eccezionali né alle condizioni del ciclo economico nazionale che dovrebbero essere a fondamento della richiesta di scostamento dall'obiettivo di medio periodo (OMT);

la Nota di aggiornamento presenta, altresì, gravi profili di incoerenza rispetto alla normativa vigente. In particolare, l'articolo 6 della legge 24 dicembre 2012, n. 243, stabilisce che scostamenti temporanei dal saldo strutturale dall'obiettivo programmatico sono consentiti esclusivamente in caso di eventi eccezionali, ossia in caso di periodi di grave recessione economica relativi anche all'area dell'euro o all'intera Unione europea o ad eventi straordinari, al di fuori del controllo dello Stato, ivi incluse le gravi crisi finanziarie nonché le gravi calamità naturali, con rilevanti ripercussioni sulla situazione finanziaria generale del Paese;

la scelta del Governo di innalzare l'indebitamento netto al 2,4 per cento nel 2019, al 2,1 per cento nel 2020 e all'1,8 per cento nel 2021 e di rinviare sine die il raggiungimento dell'obiettivo del pareggio strutturale di bilancio, precedentemente previsto per il 2020, avviene in contraddizione con gli impegni assunti il 19 giugno 2018 dal Governo con l'approvazione in Parlamento della risoluzione di maggioranza al Documento di economia e finanza 2018 e con le recenti affermazioni del Ministro dell'economia e delle finanze nell'Aula del Senato del 20 settembre 2018;

Rilevato che,

l'attuale quadro macroeconomico beneficia degli effetti positivi delle politiche economiche e di bilancio adottate negli scorsi anni, periodo in cui i Governi a guida PD sono riusciti a coniugare la stabilità della finanza pubblica e la fiducia dei mercati con politiche di crescita, occupazione ed equità; in questo contesto, le scelte del Governo evidenziate nella Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza 2018, prefigurano uno scenario completamente diverso, caratterizzato da forte instabilità della finanza pubblica generata dall'extra-deficit previsto nel 2019 e negli anni successivi, che verrà utilizzato per interventi di tipo assistenzialistico, iniqui, non in grado di generare nuova occupazione, incentrati per lo più sulla spesa corrente e insufficienti dal lato degli investimenti pubblici e delle misure di stimolo della crescita e di riduzione del divario territoriale;

l'annunciata composizione della prossima manovra di bilancio, fondata su interventi di politica economica, ancora non delineati nel dettaglio, quali l'avvio del Reddito di Cittadinanza, l'introduzione di modalità di pensionamento anticipato, l'avvio della prima fase della "flat tax" a favore di piccole imprese, professionisti e artigiani, il taglio dell'imposta sugli utili d'impresa per le aziende, non

appare in grado di garantire la crescita economica attesa;

il piano degli investimenti pubblici annunciato dal Governo si fonda sulla programmazione degli investimenti già delineata nella precedente legislatura dai governi a guida PD, pari a circa 150 miliardi di euro. Nel 2019 è prevista addirittura una riduzione di 0,2 punti percentuali degli investimenti pubblici per poi salire di soli 0,3 punti percentuali nel 2021;

la presunta maggiore crescita legata alle proposte di politica economica avanzate dal Governo appaiono, pertanto ottimistiche e scarsamente credibili. Le stime del Fondo monetario internazionale, diffuse l'8 ottobre 2018, evidenziano che l'economia italiana crescerà in realtà soltanto dell'1 per cento nel 2019;

Preso atto che,

la Nota di aggiornamento in relazione al quadro macroeconomico: illustra un ottimistico miglioramento del livello della crescita nel 2019-2021 rispetto alle previsioni tendenziali. Il quadro macroeconomico tendenziale e quello programmatico si discostano tra loro in tutto il periodo previsionale, periodo nel quale lo scenario programmatico è sensibilmente più favorevole con uno scostamento di +0,6 punti percentuali nel 2019, di +0,4 punti percentuali nel 2020 e di 0,4 punti nel 2021;

tale ottimistica variazione è per lo più dovuta, in relazione all'anno 2019, agli interventi che il Governo intende predisporre nella prossima legge di bilancio e il maggiore contributo, stante l'andamento negativo delle esportazioni nette (-0,1 punti percentuali), è affidato esclusivamente all'incremento della domanda interna (+1,6 punti percentuali). Si prefigura, in sostanza, un forte incremento dei consumi delle famiglie e un forte miglioramento dello scenario degli ordinativi e del fatturato delle imprese che allo stato attuale non è suffragato da dati e segnali concreti;

in relazione agli investimenti, il quadro macroeconomico programmatico evidenzia un andamento positivo rispetto al quadro tendenziale che, tuttavia, non risulta adeguatamente motivato e comunque ad un livello inferiore a quello programmato nella precedente Nota di aggiornamento al Def 2017;

in relazione al quadro di finanza pubblica si prevede un forte peggioramento di tutti i principali indicatori. In particolare:

l'indebitamento netto è stato programmato per l'anno 2019 al 2,4 per cento, in sensibile peggioramento di 1,6 punti percentuali rispetto al dato tendenziale previsto nel Def di aprile scorso e di 1,2 punti percentuali rispetto allo scenario tendenziale contenuto nella Nota di aggiornamento. Nel 2020 e nel 2021 è previsto al 2,1 per cento e all'1,8 per cento;

l'indebitamento netto strutturale è programmato per il triennio 2019-2021 all'1,7 per cento, in netto peggioramento sia rispetto al dato tendenziale previsto nel Def di aprile scorso (1,3 punti percentuali nel 2019, e 1,8 punti percentuali nel 2020 e nel 2021) sia rispetto allo scenario tendenziale contenuto nella Nota di aggiornamento (1,3 punti percentuali nel 2019, 1,6 punti percentuali nel 2020 e 1,5 punti percentuali nel 2021);

l'andamento dell'indebitamento netto strutturale risulta per l'anno 2019 in peggioramento di 0,8 punti percentuali rispetto al corrente anno evidenziando una decisa interruzione del percorso di convergenza verso l'obiettivo di medio periodo (OMT). Si tratta di una "deviazione significativa" dal percorso verso il pareggio di bilancio che è stata evidenziata anche dalla lettera inviata dai Commissari europei al Ministro dell'economia e delle finanze lo scorso 5 ottobre. In ragione di tale scelta, il Governo ha

allegato alla Nota di Aggiornamento la Relazione al Parlamento prevista dall'articolo 6, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243;

il saldo primario, presenta un percorso meno favorevole sia rispetto alle previsioni tendenziali del Def di aprile scorso sia rispetto allo scenario tendenziale della Nota di aggiornamento, per effetto del mancato controllo della spesa e ai nuovi interventi previsti che vanno ad aggredire i saldi di finanza pubblica. Nel primo caso, il saldo diminuisce di 1,4 punti nel 2019, di 1,7 punti nel 2020 e di 1,6 punti percentuali nel 2021. Nel secondo, il saldo diminuisce di 1,1 punti percentuali nel 2019, di 1,3 punti percentuali nel 2020 e di 1,2 punti percentuali nel 2021;

la spesa per interessi è prevista in sensibile peggioramento nello scenario programmatico. Rispetto al tendenziale del Def di aprile scorso, la spesa per interessi è prevista in aumento progressivo di 0,2 punti percentuali nel 2019, di 0,3 punti percentuali nel 2020 e di 0,4 punti percentuali nel 2021, ovvero per un ammontare complessivo di circa 15 miliardi nel prossimo triennio, confermando l'inversione di fiducia dei mercati internazionali nei confronti del nostro Paese;

il debito pubblico interrompe il proprio percorso virtuoso di decrescita rallentando sensibilmente rispetto allo scenario tendenziale. Il rapporto debito pubblico su PIL è atteso scendere nel corrente anno al 130,9 per cento, ad un livello superiore di 0,9 punti percentuali rispetto al dato del Def di aprile. Nel 2019 è previsto scendere al 130 per cento (2 per cento in più rispetto al tendenziale), nel 2020 al 128,1 per cento (3,4 per cento in più rispetto al tendenziale) e nel 2021 al 126,7 (4,7 per cento in più rispetto al tendenziale). Si tratta di una minore decrescita del debito pubblico il cui costo è stimato in circa 80 miliardi di euro;

Rilevato che,

la situazione di incertezza generata dalla Nota di aggiornamento e le criticità insite nelle scelte di politica economica e di finanza pubblica sottostanti la prossima manovra di bilancio iniziano a minare la credibilità dell'esecutivo e ad alimentare di forte instabilità intorno al nostro Paese i cui riflessi sono evidenziati dall'andamento dello spread, in forte crescita rispetto a sei mesi fa, e dall'aumento della spesa per interessi sui titoli del debito pubblico;

il Ministro dell'economia e delle finanze Tria ha partecipato alla fase iniziale del vertice Ecofin, ma in ragione della situazione che si è venuta a creare intorno alla Nota di aggiornamento al DEF 2018, è stato costretto ad un rientro anticipato in Italia senza poter partecipare ai lavori dell'Eurogruppo, con ciò evidenziando la situazione di isolamento nella quale si trova attualmente il nostro Paese nell'ambito dell'Unione Europea;

nella lettera inviata dalla Commissione europea lo scorso 5 ottobre al Ministro dell'economia e delle finanze Tria, in risposta alla missiva da questo inviata alle medesime autorità, si afferma che gli obiettivi di bilancio rivisti dell'Italia sembrano puntare verso una significativa deviazione dal percorso fiscale raccomandato dal Consiglio. La lettera si chiude con la richiesta alle autorità italiane di assicurarsi che la bozza di legge di bilancio sia coerente con le regole fiscali comuni;

nella scorsa legislatura, la credibilità dei governi ha favorito un dialogo continuo e costruttivo con le istituzioni europee in merito alle necessarie riforme della governance economica dell'Ue e in merito a un'applicazione delle regole di bilancio più appropriata alle contingenze e alle caratteristiche dell'economia nazionale, consentendo una maggiore gradualità nel percorso di avvicinamento verso l'obiettivo di medio termine, anche attraverso l'approvazione di ampi spazi di flessibilità per effettuare investimenti pubblici e per attuare riforme che hanno aggredito i limiti strutturali del nostro

Paese;

i profili che hanno finora caratterizzato le modalità anomale di presentazione della Nota di aggiornamento e lo scambio epistolare aperto tra il Governo e le istituzioni europee, oltre ad indebolire la discussione in atto sul necessario cambiamento delle regole che disciplinano la governance economica e finanziaria in ambito europeo, spinge il Paese verso posizioni di isolamento nel contesto UE esponendolo, tra l'altro, al rischio di attacchi speculativi e al possibile abbassamento del rating sui titoli del debito pubblico;

per le parti di competenza della Commissione Igiene e sanità:

la Nota di aggiornamento al Def prevede, a legislazione vigente fino al 2021 un aumento di poco più di un miliardo l'anno;

nonostante questo la nota prevede una serie di interventi costosi in politica sanitaria come un piano per nuove assunzioni, la stabilizzazione dei precari, l'aumento delle borse di specializzazioni; nuove norme sulla Dirigenza sanitaria; sulla spesa per farmaci, sui dispositivi; monitoraggio del LEA, l'adeguamento del patrimonio edilizio digitalizzazione del sistema salute, anagrafe vaccini;

se da un lato si vuole "migliorare la garanzia dell'erogazione dei Lea in modo uniforme su tutto il territorio nazionale", senza per altro indicare né tempi né risorse, dall'altro si è già confermato il via libera al regionalismo differenziato che aumenterà le diseguaglianze e a cui il Ministro della Salute si è dichiarato pienamente d'accordo;

inoltre, la NaDef si propone di "completare i processi di assunzione e stabilizzazione del personale", di aumentare le borse di studio per medicina generale e specializzazioni, senza, anche in questo caso, indicare né costi né risorse;

in particolare il comparto della sanità è rimasto l'unico comparto della pubblica amministrazione sottoposto non solo al blocco del *turn over* ma all'obbligo di riduzione di spesa per il personale, nonostante che, in questi anni, sia stato chiamato a profonde riforme organizzative indotte non solo dai vincoli economici ma anche dal progredire delle conoscenze scientifiche e dalle opportunità offerte da nuovi farmaci e nuove tecnologie;

la Nota, invece, per quanto attiene allo sblocco del *turn over* in sanità, al di là di intenti generici non quantifica alcuna risorsa né esplicita alcun parametro per cui si può facilmente dedurre che anche per il 2019 il parametro di riferimento resti quello ancorato alla spesa storica del 2004 ridotto dell'1,4 per cento;

la NaDef propone un miglioramento della *governance* della spesa sanitaria attraverso azioni limitate a farmaci e dispositivi, come la risoluzione dei contenziosi sul *payback* farmaceutico, o a nuove modalità di calcolo degli scostamenti dai vincoli della spesa farmaceutica per acquisti diretti e del tetto della farmaceutica convenzionata 2017-2018 senza per altro nessuna stima delle risorse potenzialmente recuperabili da tali azioni;

infine, si propone l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei Vaccini, senza ancora una volta indicare alcuna risorsa dopo averne contestato la mancanza, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico in tutte le Regioni, la connessione dei vari sistemi informativi per tracciare il percorso del paziente e l'estensione della tracciabilità dei medicinali al settore veterinario senza, anche in questo caso definirne i costi così come si propone la definizione degli standard per l'assistenza territoriale e

l'avvio del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa nonché, qualora vi sia la "garanzia degli equilibri economico-finanziari del SSN" la revisione della disciplina della compartecipazione alla spesa e delle esenzioni; l'ammmodernamento tecnologico delle attrezzature e l'investimenti nel patrimonio edilizio sanitario senza, per altro, né stimare i costi né fare alcun riferimento alle stime fatte dalla Corte dei Conti che ammontano in ? 32 miliardi quelle relative alla ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico;

la politica sanitaria e il Ssn non sono, quindi, una priorità di questo Governo visto che non sono previste azioni innovative e rilevanti, le coperture finanziarie sono incerte se non nulle e tra le azioni strategiche del cronoprogramma si trova una sola azione molto vaga e generica "Attuazione Patto per la Salute e Patto per la Sanità digitale 2018-2020";

da parte loro le Regioni chiedono 2,5 milioni in più per l'anno 2019 sul Fondo sanitario nazionale per dare risposte concrete ai rinnovi contrattuali in sanità, alle assunzioni di personale, al finanziamento delle borse di studio per gli specialisti, agli investimenti in ristrutturazione e tecnologie:

tutto ciò premesso e per quanto di propria competenza,

esprime

PARERE CONTRARIO.

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE
SUL DOC. LVII, N. 1-BIS, Allegati I, II, III e IV - Annesso**

La 12ª Commissione, esaminati, per quanto di propria competenza, i documenti in titolo; valutato il nuovo quadro programmatico di finanza pubblica; evidenziata altresì l'opportunità di:

- valutare la possibilità di assumere come priorità strategica in ambito sanitario la prevenzione nelle sue diverse declinazioni, anche attraverso l'adozione di iniziative legislative e azioni programmatiche, a partire dalla promozione dell'educazione alla salute nelle scuole, che renda attrattive le corrette abitudini alimentari, a garanzia di una più efficiente sostenibilità del sistema sanitario nazionale, affinché quest'ultimo sia effettivamente universalistico nel riconoscimento e nella tutela di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari e socio sanitari;
- tenuto conto dell'impatto che i prezzi di cibi e bevande hanno sul loro rispettivo acquisto e consumo, valutare la possibilità di implementare, tra gli obiettivi del programma di strategia di Governo, la più ampia promozione della qualità della giornata alimentare, tramite misure fiscali che incentivino i cibi salutari e disincentivino quelli dannosi, nonché la responsabilizzazione e valorizzazione dell'intera filiera, anche al fine di marginalizzare le patologie dovute a inquinanti, anche attraverso una adeguata riduzione della *total tax* a favore di coloro che siano attivi nella ricerca di soluzioni *antibiotic free* nell'intera catena alimentare (tra cui mangimi per suini, polli e pesci), oltre che per le aziende agricole che producano ortaggi, frutta, verdura, cereali, grano o altro senza l'utilizzo di erbicidi, pesticidi e fitofarmaci che non siano di provata atossicità, e per le imprese che non abbiano, a listino, prodotti (cibi o bevande) che superino le soglie definite tra prodotti salutari e nocivi;
- valutare la possibilità di incentivare politiche di sostegno e tutela della famiglia tramite una riduzione del peso economico gravante sui nuclei familiari, che passi anche attraverso la trasformazione dell'aliquota da ordinaria ad agevolata per tutti i beni e servizi destinati all'alimentazione,

all'assistenza e cura dei bambini, ai disabili e agli anziani, che possa finalmente mettere in condizione di sostenibilità reddituale le famiglie italiane. Tale regime potrebbe essere altresì applicato anche laddove le persone non autosufficienti, disabili e anziani fragili siano assistite in strutture sanitarie e socio sanitarie dedicate, affinché ci sia una ricaduta immediata per gli utenti in punto di riduzione delle rette, a garanzia di attuazione di tutti e non solo dei nuovi LEA;

- tenuto conto del fatto che i costi sanitari e sociali relativi ai decessi annuali dovuti a patologie, prevalentemente respiratorie, cardiovascolari e neoplasie, generati da sostanze contaminanti nell'ambiente (aria, terreno, cibo ed acqua) sono superiori al mezzo miliardo di euro annui e considerato il mancato reddito prodotto da persone in salute, per effetto del mancato PIL generato, il cui costo complessivo individuale e collettivo supera il miliardo e mezzo all'anno, favorire un potenziamento delle misure di prevenzione, muovendo dalla riduzione dell'incidenza dei determinanti sanitari e ambientali dei decessi evitabili;

- in tema di investimenti, in riferimento alla riqualificazione dell'edilizia ospedaliera, considerato che l'età media delle strutture data oltre il mezzo secolo di vita, garantire che le Regioni siano chiamate ad un'attenta pianificazione e vigilanza degli interventi;

- al fine di realizzare una pianificazione sistemica della riqualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria fondata su una vera competizione degli erogatori pubblici e privati, sanitari e socio sanitari, prevedere:

1) nuove regole di reclutamento delle direzioni generali delle aziende pubbliche e di messa a contratto atte a realizzare effettivamente sull'intero territorio nazionale la regola dei costi *standard*, in chiave di regionalismo differenziato e ridimensionamento degli sprechi, superando la logica del costo storico;

2) l'aggiornamento dei corrispettivi delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie da remunerare basato sull'analisi dei costi e dei prezzi, nonché su semplificazione, responsabilità e trasparenza dell'azione amministrativa;

- anche al fine di evitare la fuga dal sistema sanitario nazionale di competenze e capacità italiane, prevedere il ricorso a strumenti di carattere innovativo e sperimentale per implementare il numero di medici specialisti attraverso la previsione di un percorso alternativo di formazione professionale, totalmente equipollente a quello già vigente, che veda l'attivazione di contratti di formazione lavorativa *teaching hospital* per le specializzazioni mediche in strutture ospedaliere non universitarie da inserire nei programmi obiettivo competitività regionale e occupazione;

esprime, per quanto di propria competenza, parere favorevole.

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 21 (pom.) del 10/10/2018

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 21
MERCOLEDÌ 10 OTTOBRE 2018

Presidenza del Presidente
SILERI

Orario: dalle ore 14,10 alle ore 14,50

*AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 299-485
(FIBROMIALGIA)*

