Ordini del giorno della XII Commissione relativi al DDL n. 1120

G/1120/2/12 (testo 2)

MAURIZIO ROMANI, TAVERNA, SIMEONI, FUCKSIA

ACCOLTO

La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

l'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazione, con legge n. 189 del 2012, recante "Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia" prevede che "Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, con la procedura di cui all'articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 31 dicembre 2012, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con il parere delle Commissioni parlamentari competenti, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche di cui al decreto del Ministro della sanità 28 maggio 1999, n. 329, e delle malattie rare di cui al decreto del Ministro della sanità 18 maggio 2001, n. 279, e ai relativi aggiornamenti previsti dal comma 1 dell'articolo 8 del medesimo decreto, al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Con la medesima procedura di cui al comma 1 e nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, si provvede ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.)";

impegna il Governo:

ad avviare le iniziative per reperire le risorse al fine di procedere all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, con legge n. 189 del 2012.

G/1120/3/12 (testo 2)

MATURANI, DE BIASI, MATTESINI, DIRINDIN, SILVESTRO, GRANAIOLA, PADUA, BIANCO

ACCOLTO

La 12a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

negli ultimi decenni i mutamenti sociali e culturali hanno moltiplicato l'eterogeneità delle composizioni familiari. Con l'affermazione della famiglia mononucleare, o addirittura monogenitoriale, sono aumentate le incertezze, le ansie, i sentimenti depressivi seguenti al parto. La coppia genitoriale si trova in condizioni di maggiore solitudine, a questo si aggiunga il numero sempre più elevato di coppie miste e/o immigrate non ancora ben integrate e radicate nel tessuto sociale e che spesso ignorano l'esistenza di una rete di aiuto;

le ricerche sulla maternità in campo psicologico e sociale, hanno da tempo evidenziato la necessità di dare aiuto alle donne, le cui trasformazioni psico-fisiologiche nella gravidanza e nel

puerperio provocano in alcune di loro un'elevata vulnerabilità sufficiente a provocare stati di profondo disagio psicologico, disturbi dell'umore o dell'adattamento al ruolo materno di tipo più o meno grave;

a fronte della suddette criticità appare necessario attivare risorse personali e sociali, organizzare servizi e strutture idonee a creare una rete di supporto che possa avvalersi delle sinergie tra privato sociale e pubblico. Per l'attuazione di interventi di prevenzione e di promozione alla genitorialità, sono necessari operatori che affianchino la famiglia nelle situazioni a rischio sempre più diffuse durante la gravidanza, durante il puerperio e nei primi tempi di vita del bambino, offrendo un supporto ambientale di sostegno e di recupero delle competenze familiari, così come anche l'OMS raccomanda in un documento del 1985;

rilevato inoltre che:

a fronte di un disagio sempre più diffuso e con esiti, come riportati dalle cronache, spesso drammatici, spetta al legislatore saper cogliere e interpretare i fenomeni collettivi, per poter poi intervenire con politiche in linea con i cambiamenti familiari e sociali degli ultimi anni,

impegna il Governo:

a prevedere l'attivazione di un tavolo tecnico presso il Ministero della salute per definire linee guida sul percorso salute pre-*post partum* sia della donna che del nascituro;

ad avviare le iniziative per reperire le risorse necessarie al fine di istituire un servizio idoneo a partire dall'organizzazione dei consultori e a integrare le diverse figure professionali (psicologi, psichiatri, ginecologi, ostetriche) necessarie per la presa in carico globale della paziente, in un'ottica di *screening* e di prevenzione e tutela della salute delle madri e dei bambini nel *post partum*, anche valutando l'opportunità di forme di concertazione interistituzionale.

G/1120/4/12 (testo 2)
GRANAIOLA, DE BIASI, DIRINDIN, MATTESINI, PADUA, BIANCO, D'AMBROSIO LETTIERI, SILVESTRO, ANITORI, MATURANI, ROMANO
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

la legge di stabilità (Tabella E - cap. 7464) introduce uno stanziamento in favore degli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica, pari a 100 milioni per l'anno 2015 e a 500 milioni per l'anno 2016, tali risorse sono iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze;

ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, al Ministero della salute competono la stipula di accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi a oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie;

il comma 2 del citato articolo 5-bis prevede che gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinino anche le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione;

la situazione delle carceri italiane è, com'è generalmente noto, fatiscente anche sul piano della sanità carceraria che, pur essendo di competenza delle regioni necessità di attenzione, risorse

e impegno anche da parte del Ministero competente,

impegna il Governo

a sviluppare operazioni di monitoraggio e di vigilanza sulla conformità agli standard di igiene e sicurezza degli ambulatori medici delle strutture carcerarie e sulle condizioni sanitarie delle persone detenute nelle carceri italiane.

G/1120/5/12 (testo 2)
DIRINDIN, DE BIASI, BIANCO, GRANAIOLA, MATTESINI, MATURANI, PADUA, SILVESTRO, D'AMBROSIO LETTIERI, BIANCONI, ZUFFADA, LANIECE, AIELLO, RIZZOTTI, FUCKSIA, SIMEONI, ANITORI, MAURIZIO ROMANI
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

l'articolo 17, comma 1, lettera d), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 211, prevede, a decorrere dall'anno 2014, l'aumento della compartecipazione alla spesa sanitaria per un importo pari a 2.000 milioni di euro;
la Corte Costituzionale, con sentenza n. 187 del 16 luglio 2012, ha dichiarato illegittimo l'esercizio da parte dello Stato della potestà regolamentare in materie in cui esso non possiede competenza esclusiva, rendendo così non applicabile l'aumento dei *ticket*;
la misura di cui al decreto-legge n. 98 del 2011 era diretta ad aumentare le risorse da compartecipazione destinate al finanziamento della sanità, a fronte della quale veniva corrispondentemente disposta una riduzione del livello di finanziamento del Ssn cui contribuisce lo Stato;
il Documento di Economia e Finanza 2013, nel prendere atto della mancata implementazione della manovra originaria, prevede "una revisione al rialzo del tendenziale della spesa sanitaria per un importo di 2.000 milioni", ma non indica chiaramente quale diversa modalità di finanziamento possa essere adottata;
il ddl "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di Stabilità 2014) non contiene gli elementi necessari per verificare la copertura prevista in relazione al mancato introito dei a 2.000 milioni di euro di cui sopra, in particolare non si rileva una variazione del finanziamento cui concorre lo Stato;
il Ministro della salute, in occasione della audizione in Commissione Sanità del Senato, in data 22 ottobre 2013, ha affermato che la legge di stabilità "per la prima volta nell'ultimo decennio non comporterà riduzioni al FSN, con la sola esclusione dell'impatto economico, a partire dal 2015, delle generali misure di contenimento della spesa nel pubblico impiego";
considerato che:
il venir meno delle entrate da compartecipazione per 2.000 milioni di euro comporta, a meno di prevedere una ulteriore riduzione di spesa o un aumento dei disavanzi delle regioni, una riduzione del finanziamento complessivo per il Servizio sanitario nazionale e la conseguente necessità di reperire ulteriori risorse per un corrispondente ammontare,

impegna il Governo

a ripristinare in modo esplicito il livello di "finanziamento cui concorre lo Stato" per il Servizio sanitario nazionale in modo da garantire la copertura del mancato introito derivante dall'applicazione della citata sentenza della Corte costituzionale.

G/1120/6/12 (testo 2)
D'AMBROSIO LETTIERI, DE BIASI, AIELLO, BIANCONI, GRANAIOLA, ROMANO, MATURANI, RIZZOTTI, ZUFFADA, FUCKSIA
ACCOLTO

La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria avviene esclusivamente tramite concorso pubblico sia per i laureati in medicina che per gli altri laureati afferenti alle differenti classi di specializzazione;
la direttiva comunitaria 26 gennaio 1982 n. 82/76/CEE modifica la direttiva 75/362/CEE concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di medico e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi e la direttiva 75/363/CEE concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative per le attività di medico e prevede la possibilità che i medici specializzandi in medicina possano ottenere, durante il periodo di formazione, delle borse di studio;
l'Italia, con legge 22 maggio 1978, n. 217, e successive integrazioni e modificazioni, ha recepito le citate direttive;
l'articolo 6 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, di attuazione della direttiva n. 82/76/CEE, riconosce il diritto all'erogazione di una borsa di studio in favore dei medici a partire dall'anno accademico 1991-1992;
il comma 1 dell'articolo 37 del decreto legislativo del 17 agosto 1999, n. 368, e successive modifiche, stabilisce che "All'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione-specialistica, disciplinato dal presente decreto legislativo e dalla normativa per essi vigente, per quanto non previsto o comunque per quanto compatibile con le disposizioni di cui al presente decreto legislativo; il contratto è finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Il contratto non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale e dell'università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti";
l'articolo 39 del medesimo decreto legislativo recita: "Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo. (...) Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle università presso cui operano le scuole di specializzazione";

Considerato che:
la normativa attualmente in vigore prevede l'applicazione di un ordinamento didattico unico valido sia per i laureati in medicina che per gli altri laureati dell'area sanitaria;
per entrambe le categorie dei soggetti citati, inoltre, l'impegno richiesto per la formazione specialistica è a tempo pieno, pari quindi a quello previsto per il personale sanitario del Servizio sanitario nazionale;
Considerato inoltre, che:
emergono diverse disparità di trattamento contrattuale tra le due categorie di soggetti: i laureati in medicina vincitori di concorso sono assegnatari di un contratto di formazione specialistica per l'intera durata del corso e di un trattamento economico pari ad euro 25.000 per i primi due anni accademici e ad euro 26.000 per gli ultimi tre; gli stessi hanno diritto alla copertura previdenziale e alla maternità;
i laureati "non medici", al contrario, altrettanto vincitori di concorso, oltre a non essere titolari della medesima posizione contrattuale né dello stesso trattamento economico, sono altresì tenuti a pagare il premio per la copertura assicurativa dei rischi professionali e le tasse universitarie di iscrizione alla scuola di specializzazione

Preso atto che:
ad oggi l'equiparazione delle due categorie appare tutt'altro che realizzata nell'ordinamento italiano;

il Servizio sanitario nazionale richiede obbligatoriamente il titolo della scuola di specializzazione anche alle figure sanitarie non mediche che vogliano operare nella pubblica sanità.

Impegna il Governo:
a valutare la possibilità di promuovere, compatibilmente con i vincoli di bilancio e la normativa comunitaria, l'effettivo riconoscimento ai laureati appartenenti alle categorie dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti, dei biologi, dei chimici, dei fisici, degli psicologi e alle ulteriori categorie sanitarie non rientranti nell'area medica, ammessi e iscritti dal primo al quinto anno di corso delle scuole post-laurea di specializzazione dell'area sanitaria del diritto all'erogazione di una borsa di studio e all'applicazione del trattamento contrattuale di formazione specialistica di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni.

G/1120/7/12
D'AMBROSIO LETTIERI, DE BIASI, AIELLO, BIANCONI, LANIECE, DIRINDIN, BIANCO, SILVESTRO, MATURANI, PADUA, GRANAIOLA, ROMANO
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:
la legge n. 38/2010 è la normativa con cui è stato sancito, tra l'altro, il diritto per i pazienti affetti da dolore derivante da patologie cronico-degenerative e oncologiche ad accedere alle cure palliative e che uno dei passaggi attuativi prevede la definizione delle "figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative" (art 5 comma 2) al fine di garantire, per il futuro, un percorso formativo certo ed uniforme per i professionisti;
la rete delle strutture di cure palliative, pubbliche e private, si basa in buona parte su personale medico a tempo determinato, il quale, pur privo del requisito della specializzazione, ha acquisito sul campo elevati livelli di professionalità;

in base alle indagini di Federazione Cure Palliative (Fcp) e della Società Italiana di Cure Palliative (Sicp) emerge che la metà dei medici palliativisti non possiede una delle specialità indicate dalla legge n.38/2010 e un terzo non ha alcuna specialità;
i predetti medici palliativisti rappresentano un riferimento rilevante e non sostituibile in ragione del cospicuo patrimonio di competenze maturato in diversi anni di esperienza sul campo;
si tratta di professionisti che hanno contribuito a fare la storia delle cure palliative italiane, permettendone lo sviluppo in una fase pionieristica e rappresentano una risorsa indispensabile per garantire la prosecuzione delle attività di assistenza ai pazienti affetti da dolore derivante da patologie cronico-degenerative e oncologiche;
in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, è in fase esame la proposta di accordo sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore;

Premesso inoltre, che:
si rende necessario ricercare soluzioni normative idonee a consentire l'accesso alle procedure concorsuali dei professionisti sopra menzionati;
i professionisti a tempo determinato che, allo stato, operano nelle reti per le cure palliative pubbliche o private accreditate hanno un'esperienza pluriennale nel settore;

Premesso infine, che:
al fine di dare coerente attuazione alle previsioni della L.38/2010 appare necessario incrementare il numero delle figure professionali che operano nell'ambito delle strutture costituenti le reti delle cure palliative al fine di offrire un concreto e valido sostegno ai pazienti che necessitano di terapie del dolore o di cure palliative;

Impegna il Governo
a promuovere ogni iniziativa atta prevedere l'idoneità ad operare nelle reti per le cure palliative pubbliche o private accreditate per quei medici che, indipendentemente dal possesso di una

specializzazione, siano in grado di documentare un'esperienza almeno quinquennale nel campo delle cure palliative.

G/1120/8/12 (testo 2)
D'AMBROSIO LETTIERI, BIANCONI, AIELLO, LANIECE, MATTESINI, MATURANI, FUCKSIA, RIZZOTTI, ZUFFADA
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

la legge 29/1994 disciplina la professione di terapista della riabilitazione non vedente;
il disposto della predetta legge è stata resa di fatto inapplicabile, poiché la figura professionale di terapista della riabilitazione non vedente è stata eliminata dal novero delle professioni sanitarie e sostituita con quella di fisioterapista in possesso del relativo diploma universitario dalla Legge 26.2.1999, n. 42 e dalla Legge n. 251/2000;
Inoltre l'art. 4 quater del decreto legge n. 250/2005 (convertito in Legge n. 27/2006), ha poi ribadito che «ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, e successive modificazioni, la formazione per l'accesso alle professioni sanitarie infermieristiche e tecniche della riabilitazione e della prevenzione è esclusivamente di livello universitaria».
Il combinato disposto di queste norme ha, pertanto, lasciato priva della copertura del sistema di collocamento al lavoro una delle figure storicamente più rilevanti per l'inserimento socio-lavorativo dei ciechi e degli ipovedenti, quale quella del fisioterapista e delle altre figure ad essa equiparate dall'ordinamento.

Considerato che:
I fisioterapisti non vedenti sono professionisti sanitari in grado di praticare la fisioterapia e di elaborare e attuare direttamente interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali.

Impegna il Governo**:**
a valutare la possibilità di promuovere ogni iniziativa atta a consentire ai fisioterapisti non vedenti l'esercizio della professione sanitaria di riabilitazione;

a valutare la possibilità di prevedere il collocamento obbligatorio dei fisioterapisti non vedenti come già previsto per i terapisti della riabilitazione dalla legge 29/1994.

G/1120/9/12
D'AMBROSIO LETTIERI, DE BIASI, AIELLO, LANIECE
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:

l'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012 stabilisce che "a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco è sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e l'Agenzia italiana del farmaco per gli aspetti di competenza della medesima Agenzia, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, secondo i criteri stabiliti dal comma 6-bis dell'articolo 11 del decreto-legge 31 marzo 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In caso di mancato accordo entro i termini di

cui al periodo precedente, si provvede con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Commissioni parlamentari competenti. Solo con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione, cessano di avere efficacia le vigenti disposizioni che prevedono l'imposizione di sconti e trattenute su quanto dovuto alle farmacie per le erogazioni in regime di Servizio sanitario nazionale. La base di calcolo per definire il nuovo metodo di remunerazione è riferita ai margini vigenti al 30 giugno 2012. In ogni caso dovrà essere garantita l'invarianza dei saldi di finanza pubblica";

considerato che il termine del 1° gennaio 2013, previsto dal richiamato art. 15, è stato prorogato prima al 30 giugno 2013 dall'art. 1, c. 388 della legge n. 228 del 2012, e successivamente ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2013 dal DPCM 26 giugno 2013, come consentito dall'art. 1, c. 394 della medesima legge n. 228 del 2012;
considerato che lo schema di decreto interministeriale di cui alla norma sopra riferita, nel corso del precedente Governo è stato sottoposto alla Conferenza Stato-Regioni ma non ha mai raggiunto la prescritta intesa, in considerazione anche della circostanza che le misure che si intendevano introdurre penalizzavano fortemente tutti gli operatori della filiera del farmaco,
si impegna il Governo ad avviare in tempi rapidi, al fine di rispettare l'imminente termine del 31 dicembre 2013, ogni opportuna iniziativa finalizzata alla ormai irrinviabile adozione del decreto in parola, previo accordo con i rappresentanti della filiera del farmaco e avendo cura contestualmente di ritirare il precedente schema rimasto inattuato.

G/1120/10/12 (testo 2)
D'AMBROSIO LETTIERI, DE BIASI, BIANCONI, AIELLO, LANIECE, ROMANO, RIZZOTTI, SIMEONI, MAURIZIO ROMANI, ANITORI, ZUFFADA, MATTESINI, MATURANI, FUCKSIA
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che:
i medici, specializzatisi in varie discipline mediche, iscritti ai corsi tra gli anni 1982 e 1991, durante l'espletamento di tali attività di formazione non hanno percepito alcuna remunerazione ed il titolo conseguito non viene riconosciuto in ambito comunitario;
invero, in base alle direttive 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975, 75/363/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 e 82/76/CEE del Consiglio, del 26 gennaio 1982 (in seguito coordinate dalla direttiva 93/16/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993) in materia di formazione dei medici specialisti e dei corsi per il conseguimento dei relativi diplomi, le attività di formazione, sia a tempo pieno, sia a tempo ridotto, avrebbero dovuto essere oggetto di «adeguata remunerazione» e i relativi titoli avrebbero dovuto essere riconosciuti presso tutti gli Stati membri;
in particolare, l'articolo 16 della citata direttiva 82/76/CEE aveva indicato il 31 dicembre 1982 quale termine ultimo di attuazione delle direttive, in osservanza degli articoli 5 e 189, terzo comma, del Trattato che istituisce la Comunità europea;
il legislatore italiano, invece, non si è adeguato a tale perentoria disposizione, tanto è vero che la Corte di giustizia delle Comunità europee, con sentenza del 7 luglio 1987 (causa C-49/86), ha dichiarato che la Repubblica italiana è venuta meno agli obblighi ad essa incombenti in forza del Trattato CEE;
solo successivamente a tale pronuncia, con il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, il legislatore nazionale ha stabilito in favore degli specializzandi una borsa di studio annuale di lire 21.500.000, applicando però (articolo 6, comma 1) tale disposizione solamente in favore dei medici ammessi alle scuole di specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1991-1992;
per la ritardata e, comunque, parzialmente omessa attuazione delle direttive sopra richiamate, è stato avviato da numerosi medici un contenzioso conclusosi in larga parte con sentenze dei Tribunali amministrativi regionali e del Consiglio di Stato, che hanno evidenziato l'illegittimità dei provvedimenti tardivamente adottati dall'amministrazione, con conseguente annullamento,

in quanto in contrasto con le direttive comunitarie;
successivamente e sempre con ritardo, la legge 19 ottobre 1999, n. 370, ha stabilito, all'articolo 11, l'attribuzione di una borsa di studio annua onnicomprensiva di 13 milioni di lire per ogni anno del corso in favore dei soli medici destinatari delle predette sentenze amministrative passate in giudicato;
la Corte di giustizia delle Comunità europee, con sentenze del 25 febbraio 1999 (causa C-131/97) e del 3 ottobre 2000 (causa C-371/97), ha individuato nell'applicazione retroattiva e completa delle misure di attuazione della direttiva, la possibilità di rimediare alle conseguenze pregiudizievoli della precedente tardiva attuazione della stessa, anche al fine di assicurare un adeguato risarcimento del danno subito dagli interessati;
in conseguenza di ciò, nel corso di questi anni, si è venuto a creare un imponente contenzioso nei confronti dello Stato italiano dinanzi ai giudici ordinari, promosso da decine di migliaia di medici, che avevano iniziato il rispettivo corso di specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1982-1983, per ottenere il risarcimento dei danni subiti per effetto della mancata attuazione nei loro confronti delle richiamate direttive;
da tale contenzioso hanno iniziato a susseguirsi una serie di pronunce giudiziali favorevoli ai medici, sia da parte dei tribunali, che delle Corti di appello competenti, sia, in sede di legittimità, da parte della Suprema Corte di cassazione, che hanno condannato la Presidenza del Consiglio dei ministri ed il Ministero dell'economia e delle finanze al pagamento degli indennizzi in favore dei predetti medici e che secondo alcune pronunce sono stati liquidati in oltre 100.000 euro per ciascuno di essi;
peraltro, secondo le più recenti decisioni della Suprema Corte di cassazione la prescrizione è decennale (Sezioni unite, n. 9147 del 17 aprile 2009) e non inizia a decorrere sino a quando il legislatore non adotta un provvedimento legislativo in favore dei predetti medici, esclusi dalle precedenti norme attuative (Terza sezione, nn. 10813, 10814, 10815 e 10816 del 2011);
in base a tale ultima evoluzione giurisprudenziale, alla quale le Corti di merito si stanno già adeguando, poiché è prevedibile il sorgere di un imponente carico finanziario per lo Stato, da un lato, appare opportuno riconoscere i diritti ai medici che si sono iscritti al corso di specializzazione dal 1983 al 1991 e, dall'altro lato, ridurre il più possibile l'aggravarsi dell'«emorragia» di denaro pubblico dovuta al susseguirsi delle sentenze che decideranno i giudizi pendenti;

Impegna il Governo:
a valutare, compatibilmente con i vincoli di bilancio, la possibilità di prevedere per i medici ammessi alle scuole di specializzazione universitarie in medicina dall'anno accademico 1982-1983 all'anno accademico 1990-1991 che abbiano presentato domanda giudiziale per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento del danno per la mancata o ritardata attuazione della direttiva 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 , della direttiva 75/363/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 , e della direttiva 82/76/CEE del Consiglio del 26 gennaio 1982, la corresponsione, a titolo forfettario, di un importo non inferiore a 13.000 euro per ogni anno di corso, da riconoscere anche attraverso il credito d'imposta in un arco temporale non superiore a tre anni.

G/1120/11/12
ANITORI, BIANCO, DIRINDIN, PADUA, SILVESTRO
ACCOLTO
La 12a Commissione permanente del Senato,
in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014),

premesso che

- il carcinoma mammario rappresenta il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne: 41 per cento nella fascia d'età 0-49 anni, 36 per cento nella fascia d'età 50-69 anni e 21 per cento in quella sopra i 70 anni (dati AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori);

- si stima che nel 2013 verranno diagnosticati in Italia circa 48.000 nuovi casi di carcinomi alla mammella; complessivamente in Italia migliorano anche le percentuali di guarigione: l'87 per

cento delle donne è vivo dopo un quinquennio dalla diagnosi;

- i fattori di rischio principali per questa neoplasia sono stati identificati prevalentemente nella storia riproduttiva e familiare, nel profilo ormonale, nelle abitudini di vita, nella dieta alimentare;

- numerosi studi hanno dimostrato come la diagnosi precoce possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche; la diffusione su larga scala dei programmi di screening mammografico, dalla seconda metà degli anni '90, ha contribuito a determinare una riduzione significativa della mortalità specifica.

Considerato che

- le linee-guida per prevenzione, diagnostica e assistenza in oncologia approvate dalla Conferenza Stato-regioni prevedono lo screening mammografico gratuito in età compresa fra i 50 e i 70 anni, con frequenza biennale;

- dai dati sopracitati si evince che le probabilità di sviluppare un carcinoma mammario prima dei 50 anni è superiore a quelli della fascia d'età successiva;

- l'indagine diagnostica andrebbe altresì personalizzata in base ai fattori di rischio individuali e familiari, ed estesa anticipatamente alle donne che vivono nelle aree definite a forte rischio ambientale;

- il tumore al seno rappresenta una vera e propria patologia sociale: oltre all'impatto economico, sia a carico della collettività che del reddito familiare, la malattia della donna colpisce l'intero nucleo familiare, venendo meno il fondamentale ruolo della donna nell'organizzazione della famiglia

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di ridefinire in sede di accordo Stato-Regioni linee guida finalizzate a:
valutare l'accesso allo *screening* mammografico anche alle fasce di età inferiore ai 50 anni sulla base di dati epidemiologici e di valutazione costi-benefici;
prevedere l'estensione alle familiari delle donne portatrici di mutazioni BRCA-1 e/o BRCA-2 delle attività di prevenzione indipendentemente dall'età anagrafica.