

*DISEGNO DI LEGGE: CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO-LEGGE 13 SETTEMBRE 2012, N. 158, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIÙ ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE (A.C. 5440-A/R)*

*DISEGNO DI LEGGE: CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO-LEGGE 13 SETTEMBRE 2012, N. 158, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIÙ ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE (A.C. 5440-A/R)*

*A.C. 5440-A/R – Ordini del giorno*

## **ORDINI DEL GIORNO**

La Camera,  
premessi che:

l'articolo 92 del decreto legislativo n. 219 del 2006, nell'attuale formulazione, dispone che i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili siano forniti dai produttori e dai grossisti direttamente alle strutture autorizzate a impiegarli;

l'attuale formulazione sembrerebbe precludere alle aziende farmaceutiche la fornitura alle farmacie per la distribuzione alle strutture autorizzate ad utilizzarli;

l'articolo 148 del suddetto decreto prevede tuttavia una specifica sanzione per il farmacista che venda al pubblico o a una struttura non autorizzata un medicinale disciplinato dal suddetto articolo 92, sottintendendo quindi la reperibilità presso le farmacie dei medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero e la possibilità quindi di fornitura del medicinale alle strutture autorizzate ad impiegarlo;

non è di fatto infrequente, spesso in casi di urgenza, che le farmacie ricevano richieste di fornitura dei suddetti farmaci da parte delle strutture autorizzate a impiegarli;

essendo evidente una antinomia normativa tra i due articoli come attualmente formulati,

impegna il Governo

a sanare l'antinomia normativa evidenziata in premessa, secondo le modalità che ritiene più adeguate.

9/5440-AR/1. De Luca, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,  
premessi che:

l'articolo 92 del decreto legislativo n. 219 del 2006, nell'attuale formulazione, dispone che i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili siano forniti dai produttori e dai grossisti direttamente alle strutture autorizzate a impiegarli;

l'attuale formulazione sembrerebbe precludere alle aziende farmaceutiche la fornitura alle farmacie per la distribuzione alle strutture autorizzate ad utilizzarli;

l'articolo 148 del suddetto decreto prevede tuttavia una specifica sanzione per il farmacista che venda al pubblico o a una struttura non autorizzata un medicinale disciplinato dal suddetto articolo 92, sottintendendo quindi la reperibilità presso le farmacie dei medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero e la possibilità quindi di fornitura del medicinale alle strutture autorizzate ad impiegarlo;

non è di fatto infrequente, spesso in casi di urgenza, che le farmacie ricevano richieste di

fornitura dei suddetti farmaci da parte delle strutture autorizzate a impiegarli;  
essendo evidente una antinomia normativa tra i due articoli come attualmente formulati,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di sanare l'antinomia normativa evidenziata in premessa, secondo le modalità che ritiene più adeguate.

9/5440-AR/1. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. De Luca, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,  
premessi che:

l'articolo 5, comma 1, del decreto-legge in esame prevede che il Governo provvede con decreto all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con prioritario riferimento alla riformulazione anche dell'elenco delle malattie rare entro il 31 dicembre 2012;

la finalità delle disposizioni elencate nel comma 1 è quella di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;

le malattie rare esigono un intervento normativo più ampio e articolato rispetto al riordino dell'elenco sopracitato;

a tal fine il Consiglio dell'Unione europea, con raccomandazione dell'8 giugno 2009, ha sollecitato tutti i Paesi membri ad adottare entro il 2013 il proprio Piano nazionale delle malattie rare;

alcuni Paesi membri hanno già provveduto all'elaborazione e alla presentazione del suddetto Piano,

impegna il Governo

a presentare nei tempi indicati dalla raccomandazione europea il Piano nazionale delle malattie rare, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti di rilevanza nazionale, e a sottoporre il Piano al parere delle commissioni parlamentari competenti.

9/5440-AR/2. Bocciardo, Castellani, Girlanda. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

l'articolo 32 della Costituzione prevede il diritto alla salute come un bene tutelato dallo Stato sotto un duplice profilo: un primo aspetto rilevante è quello soggettivo, inteso come diritto del singolo individuo a ottenere garanzia della propria salute, nonché i rimedi necessari per perseguire la salute intesa come obiettivo; un secondo aspetto invece, non meno importante, attiene alla salute intesa come bene pubblico, giuridicamente rilevante quale interesse perseguito dalla collettività;

nel particolare clima di ripensamento degli interventi dello Stato, volto a un contenimento della spesa pubblica, il diritto primario di cui all'articolo 32 della Costituzione non può essere limitato;

con il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, si sono individuati nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69;

per consentire una migliore attuazione del diritto costituzionale alla salute, al fine di arricchire il quadro dei servizi erogabili dalle farmacie sarebbe utile e auspicabile aumentare il presidio sul territorio a disposizione dei cittadini per prestazioni mediche di primo aiuto decongestionando le strutture sanitarie a tutt'oggi a ciò dedicate,

impegna il Governo

a prevedere, con modalità tali da escludere nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica, la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza integrata in favore dei pazienti, costituito da prestazioni di piccoli interventi di primo soccorso e da interventi per la salvaguardia del paziente e propedeutici all'assistenza di pronto soccorso, a supporto delle attività del medico di medicina generale, con l'ausilio di personale medico in possesso di diploma di laurea, iscritto all'albo professionale e non convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, anche con l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'esatta osservanza delle terapie mediche da parte dei malati.  
9/5440-AR/3. Abriagnani, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,  
premessò che:

L'articolo 32 della Costituzione prevede il diritto alla salute come un bene tutelato dallo Stato sotto un duplice profilo: un primo aspetto rilevante è quello soggettivo, inteso come diritto del singolo individuo a ottenere garanzia della propria salute, nonché i rimedi necessari per perseguire la salute intesa come obiettivo; un secondo aspetto invece, non meno importante, attiene alla salute intesa come bene pubblico, giuridicamente rilevante quale interesse perseguito dalla collettività;

nel particolare clima di ripensamento degli interventi dello Stato, volto a un contenimento della spesa pubblica, il diritto primario di cui all'articolo 32 della Costituzione non può essere limitato;

con il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, si sono individuati nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69;

per consentire una migliore attuazione del diritto costituzionale alla salute, al fine di arricchire il quadro dei servizi erogabili dalle farmacie sarebbe utile e auspicabile aumentare il presidio sul territorio a disposizione dei cittadini per prestazioni mediche di primo aiuto decongestionando le strutture sanitarie a tutt'oggi a ciò dedicate,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, in sede di attuazione del decreto legislativo n. 153 del 2009, di favorire, con modalità tali da escludere nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica, la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza integrata in favore dei pazienti, costituito da prestazioni di piccoli interventi di primo soccorso e da interventi per la salvaguardia del paziente e propedeutici all'assistenza di pronto soccorso, a supporto delle attività del medico di medicina generale, con l'ausilio di personale medico in possesso di diploma di laurea, iscritto all'albo professionale e non convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, anche con l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'esatta osservanza delle terapie mediche da parte dei malati.

9/5440-AR/3. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Abriagnani, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, ha indiscriminatamente stabilito che per la realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (comprese quindi le strutture che non intendono operare nel servizio sanitario in regime di accreditamento), il Comune, ai fini dell'autorizzazione, debba acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione in rapporto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;

tale previsione dunque riserva un vincolo propedeutico di tale genere anche a carico delle strutture che intendono stare fuori dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi non incidere sulla spesa pubblica;

l'attuale disciplina contrasta quindi sia con il diritto di libera scelta del paziente sia con i principi della libera iniziativa economica, in violazione dell'articolo 41 della Costituzione, oltre che della libera concorrenza, così come peraltro segnalato dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, da ultimo con nota prot. 0040273 del 18 luglio 2011 indirizzata alla Presidenza del Senato della Repubblica con richiesta di una revisione delle disposizioni contenute nelle normative, sia a livello nazionale che regionale;

a situazioni oggettivamente diverse (strutture private e strutture accreditate con il S.S.N.) viene imposta la stessa condizione in violazione dell'articolo 3 della Costituzione nonché in violazione peraltro del diritto di scelta alla base dell'articolo 32 della Costituzione, rilevando quindi, in sostanza, l'illegittimità costituzionale della norma in relazione agli articoli 3, 4, 32, 42 della Costituzione;

nella attuale situazione di crisi economica è necessario adottare ogni tipo di provvedimento che possa favorire gli investimenti privati e contribuire all'occupazione,

impegna il Governo

a trovare d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la soluzione più idonea per superare la norma discriminatoria prevista al comma 3 dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni in materia di verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno da parte delle Regioni anche per le strutture che chiedono di poter operare in regime privato senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

9/5440-AR/4. Castellani, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, ha indiscriminatamente stabilito che per la realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (comprese quindi le strutture che non intendono operare nel servizio sanitario in regime di accreditamento), il Comune, ai fini dell'autorizzazione, debba acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione in rapporto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;

tale previsione dunque riserva un vincolo propedeutico di tale genere anche a carico delle strutture che intendono stare fuori dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi non incidere sulla spesa pubblica;

impegna il Governo

a trovare d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, soluzioni idonee in materia di verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno da parte delle Regioni anche per le strutture che chiedono di poter operare in regime privato senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

9/5440-AR/4. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Castellani, Bocciardo, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

l'Italia è tra i cinque Paesi europei (insieme a Francia, Grecia, Portogallo e Belgio) in cui permane l'obbligo vaccinale e, insieme alla Francia, quello in cui il numero di vaccinazioni obbligatorie è più alto (quattro);

si tratta in particolare dell'obbligo di sottoporre i bambini appena nati a vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite *b*;

vi sono poi almeno altri cinque vaccini considerati necessari dal Ministero della Salute e inseriti nel calendario vaccinale, due dei quali (haemophilus *b* e pertosse) vengono iniettati insieme ai quattro obbligatori, nel cosiddetto esavalente, comunemente praticato, che va quindi ben oltre gli obblighi imposti dallo Stato, con un evidente spreco di soldi pubblici a carico del Servizio sanitario nazionale, che deve acquistare e somministrare 6 vaccini anziché i 4 previsti dalla legge, con una maggiore spesa a carico della collettività pari a 114 milioni di euro all'anno;

nonostante i genitori non abbiano la possibilità di discutere con il pediatra il piano vaccinale ma debbano, in base alla legge, aderire a un piano standardizzato, sostanzialmente è poi tollerato il dissenso poiché in alcune regioni, come in Veneto, l'obbligatorietà è stata sospesa ed è possibile per i genitori sottoscrivere una clausola di dissenso informato;

fin dal Piano Nazionale per le Vaccinazioni 1997-2000 era stato infatti affrontato l'argomento del superamento dell'obbligo vaccinale sottolineando l'importanza dell'offerta attiva delle vaccinazioni, indipendentemente dal loro stato giuridico di obbligatorietà;

tale impostazione è stata ribadita anche dal più recente piano 2012-2014,

impegna il Governo:

ad operare affinché siano accelerati i tempi del superamento dell'obbligo di vaccinazione instaurando il principio del dissenso informato su tutto il territorio nazionale;

a mettere i cittadini in condizioni di poter scegliere la somministrazione di singoli vaccini in alternativa alla somministrazioni polivalenti.

9/5440-AR/5. Zamparutti, Beltrandi, Bernardini, Farina Coscioni, Mecacci, Maurizio Turco.

---

La Camera,

premessi che:

l'Italia è tra i cinque Paesi europei (insieme a Francia, Grecia, Portogallo e Belgio) in cui permane l'obbligo vaccinale e, insieme alla Francia, quello in cui il numero di vaccinazioni obbligatorie è più alto (quattro);

si tratta in particolare dell'obbligo di sottoporre i bambini appena nati a vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite *b*;

vi sono poi almeno altri cinque vaccini considerati necessari dal Ministero della Salute e

inseriti nel calendario vaccinale, due dei quali (haemophilus b e pertosse) vengono iniettati insieme ai quattro obbligatori, nel cosiddetto esavalente, comunemente praticato, che va quindi ben oltre gli obblighi imposti dallo Stato, con un evidente spreco di soldi pubblici a carico del Servizio sanitario nazionale, che deve acquistare e somministrare 6 vaccini anziché i 4 previsti dalla legge, con una maggiore spesa a carico della collettività pari a 114 milioni di euro all'anno;

nonostante i genitori non abbiano la possibilità di discutere con il pediatra il piano vaccinale ma debbano, in base alla legge, aderire a un piano standardizzato, sostanzialmente è poi tollerato il dissenso poiché in alcune regioni, come in Veneto, l'obbligatorietà è stata sospesa ed è possibile per i genitori sottoscrivere una clausola di dissenso informato;

fin dal Piano Nazionale per le Vaccinazioni 1997-2000 era stato infatti affrontato l'argomento del superamento dell'obbligo vaccinale sottolineando l'importanza dell'offerta attiva delle vaccinazioni, indipendentemente dal loro stato giuridico di obbligatorietà;

tale impostazione è stata ribadita anche dal più recente piano 2012-2014,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di accelerare i tempi del superamento dell'obbligo di vaccinazione instaurando il principio del dissenso informato su tutto il territorio nazionale;

a favorire la possibilità dei cittadini di scegliere la somministrazione di singoli vaccini in alternativa alla somministrazioni polivalenti, ferma restando la necessità di assicurare un tasso di vaccinazione atto a garantire la difesa della popolazione nei confronti delle malattie infettive.

9/5440-AR/5. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Zamparutti, Beltrandi, Bernardini, Farina Coscioni, Mecacci, Maurizio Turco.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in oggetto ha la finalità di promuovere disposizioni urgenti atte a favorire lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

la nostra società si trova ad affrontare un'emergenza rappresentata da una lunghissima serie di malattie croniche, autoimmuni, osteoarticolari, nonché la sindrome immuno tossica infiammatoria conosciuta con il nome di sensibilità chimica multipla (MCS) e la sindrome di Sjogren, che colpiscono, anche, in Italia un'alta percentuale della popolazione;

la gravità della situazione è confermata dai dati preoccupanti, circa il continuo e progressivo incremento di tali patologie, che sono forniti dalle associazioni nazionali che si occupano di queste patologie;

sudette patologie hanno un forte impatto sociale in termini di elevata incidenza, costi economici, e riduzione della qualità di vita,

impegna il Governo:

ad attivarsi, anche attraverso specifici provvedimenti legislativi, al fine di prendere in considerazione il fenomeno delle malattie osteoarticolari, delle patologie autoimmuni, della sindrome da sensibilità chimica multipla (MCS) e della sindrome di Sjogren, particolarmente gravi e ad alto rischio d'invalidità, affinché siano messe a disposizione dei malati affetti da tali forme morbose adeguate strutture assistenziali di cura e di riabilitazione;

a prevedere la possibilità, attraverso il Servizio sanitario nazionale, di garantire l'erogazione dei farmaci salvavita, in tutti i casi in cui se ne richiede l'utilizzo da parte dei pazienti affetti da sudette patologie, e dei farmaci allopatrici e omeopatici che, ugualmente, contribuiscono

significativamente al miglioramento delle condizioni dei soggetti affetti da suddette patologie.  
9/5440-AR/6. Scilipoti, Razzi, D'Anna.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in oggetto ha la finalità di promuovere disposizioni urgenti atte a favorire lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

la nostra società si trova ad affrontare un'emergenza rappresentata da una lunghissima serie di malattie croniche, autoimmuni, osteoarticolari, nonché la sindrome immuno tossica infiammatoria conosciuta con il nome di sensibilità chimica multipla (MCS) e la sindrome di Sjogren, che colpiscono, anche, in Italia un'alta percentuale della popolazione;

la gravità della situazione è confermata dai dati preoccupanti, circa il continuo e progressivo incremento di tali patologie, che sono forniti dalle associazioni nazionali che si occupano di queste patologie;

suddette patologie hanno un forte impatto sociale in termini di elevata incidenza, costi economici, e riduzione della qualità di vita,

impegna il Governo:

ad attivarsi, anche attraverso specifici provvedimenti legislativi, al fine di prendere in considerazione il fenomeno delle malattie osteoarticolari, delle patologie autoimmuni, della sindrome da sensibilità chimica multipla (MCS) e della sindrome di Sjogren, particolarmente gravi e ad alto rischio d'invalidità, affinché siano messe a disposizione dei malati affetti da tali forme morbose adeguate strutture assistenziali di cura e di riabilitazione;

a prevedere la possibilità, attraverso il Servizio sanitario nazionale, di garantire l'erogazione dei farmaci salvavita, in tutti i casi in cui se ne richiede l'utilizzo da parte dei pazienti affetti da suddette patologie.

9/5440-AR/6. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Scilipoti, Razzi, D'Anna.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame, nel quadro di un profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e più in generale di una contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, reca disposizioni finalizzate alla riorganizzazione del sistema delle cure primarie, promuovendo l'integrazione con il sociale, con i servizi ospedalieri e prevedendo forme di organizzazione monoprofessionali o multi professionali degli specialisti, del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale nonché della guardia medica oltretutto – ovviamente – con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;

l'integrazione dei servizi e la collaborazione tra professionalità è cruciale per migliorare la qualità dell'assistenza e per prendere in carico i nuovi bisogni di salute (la cronicità, la lunga convivenza con la malattia e la promozione di stili di vita più corretti);

in particolare le regioni sono chiamate a disciplinare le unità complesse di cure primarie, privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumenti di base e aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi, con idonea turnazione, che operano in collegamento telematico con le strutture ospedaliere;

il raggiungimento di questo obiettivo, che alcuni considerano un'utopia, richiede il

coinvolgimento di tutte le forze disponibili e, quindi, anche dei soggetti privati che operano nell'ambito sanitario in regime di accreditamento,

impegna il Governo

a predisporre idonei strumenti, nel rispetto dell'autonomia regionale, al fine di prevedere nella riorganizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria l'attiva partecipazione dei poliambulatori e degli studi medici ad attività specialistica di diagnostica e di chirurgia ambulatoriale.

9/5440-AR/7. Galli.

---

La Camera,  
premessi che:

il provvedimento in esame, nel quadro di un profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e più in generale di una contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, reca disposizioni finalizzate alla riorganizzazione del sistema delle cure primarie, promuovendo l'integrazione con il sociale, con i servizi ospedalieri e prevedendo forme di organizzazione monoprofessionali o multi professionali degli specialisti, del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale nonché della guardia medica oltretutto – ovviamente – con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;

l'integrazione dei servizi e la collaborazione tra professionalità è cruciale per migliorare la qualità dell'assistenza e per prendere in carico i nuovi bisogni di salute (la cronicità, la lunga convivenza con la malattia e la promozione di stili di vita più corretti);

in particolare le regioni sono chiamate a disciplinare le unità complesse di cure primarie, privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumenti di base e aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi, con idonea turnazione, che operano in collegamento telematico con le strutture ospedaliere;

il raggiungimento di questo obiettivo, che alcuni considerano un'utopia, richiede il coinvolgimento di tutte le forze disponibili e, quindi, anche dei soggetti privati che operano nell'ambito sanitario in regime di accreditamento,

impegna il Governo

a predisporre idonei strumenti, nel rispetto dell'autonomia regionale, al fine di prevedere nella riorganizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria il possibile coinvolgimento dei poliambulatori e degli studi medici ad attività specialistica di diagnostica e di chirurgia ambulatoriale.

9/5440-AR/7. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Galli.

---

La Camera,  
premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni in materia di nomine dei direttori generali e della dirigenza sanitaria e di governo clinico;

tali disposizioni vanno nella direzione di dare maggiore trasparenza al meccanismo di nomina al fine di ridurre l'inefficienza organizzativa che ha caratterizzato la conduzione del Servizio sanitario in molte realtà regionali;

in questo quadro si rileva che in relazione ai direttori amministrativi delle aziende sanitarie



locali esistono casi in cui le relative funzioni sono svolte anche da laureati in ingegneria o in architettura in possesso di diploma di specializzazione in economia gestionale, pur non esistendo una specifica previsione normativa al riguardo;

la normativa vigente non esclude che i laureati in ingegneria o in architettura possano svolgere le funzioni del direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali,

impegna il Governo

a predisporre le opportune iniziative al fine di colmare il vuoto normativo evidenziato e sanare le citate situazioni.

9/5440-AR/8. Santelli. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

nel corso dell'*iter* parlamentare del provvedimento state apportate apprezzabili modifiche ad alcune disposizioni che avevano destato forti perplessità nell'intero settore dell'industria farmaceutica, in particolar modo in materia di Prontuario farmaceutico ed estensione dell'uso *off label* di farmaci;

desta tuttavia ancora preoccupazioni il problema relativo alla prescrizione con principio attivo introdotta dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, con legge 7 agosto 2012, n. 135 (cosiddetto *spending review*2), che penalizza i medicinali con marchio ed introduce una distorsione del mercato, penalizzando aziende che – anche dopo la scadenza del brevetto – continuano ad investire sui prodotti sotto il profilo produttivo e di ricerca e mantengono una costante attività di informazione scientifica;

ad avviso degli imprenditori del settore, l'applicazione di questa norma sta già provocando sensibili riduzioni delle quote di mercato delle aziende produttrici di farmaci con marchio, con un significativo impatto negativo sui livelli occupazionali ed una probabile contrazione delle risorse investite nella produzione e sviluppo di nuovi farmaci,

impegna il Governo

a valutare attentamente l'evoluzione della situazione, intervenendo immediatamente, anche attraverso modifiche normative mirate, rimuovendo eventuali distorsioni del mercato createsi, coinvolgendo gli operatori di un settore che si è sempre reso disponibile al dialogo, ma che, a maggior ragione in una situazione economica per tutti difficile, necessita di regole certe, chiare, coerenti e volte a consentire una seria pianificazione industriale, visti anche i cospicui investimenti finanziari che il settore richiede.

9/5440-AR/9. Gelmini, Reguzzoni.

---

La Camera,

considerate le recenti modificazioni della normativa in materia di farmaci,

impegna il Governo

a valutare l'evoluzione della situazione conseguente all'introduzione della predetta normativa, coinvolgendo gli operatori del settore.

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame procede al riassetto dell'organizzazione sanitaria, tenendo conto della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale a seguito delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica;

in questo quadro le misure contenute nel provvedimento in esame hanno come obiettivo la riorganizzazione e il miglioramento dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale per un più elevato livello di tutela della salute del cittadino, con particolare riferimento alla valorizzazione della professione medica;

questa è la *ratio* delle norme che regolamentano in maniera definitiva l'attività libero-professionale *intramoenia* dei medici (Alpi), mettendo fine – dopo quindici anni – al regime «provvisorio» dell'utilizzazione da parte del medico del proprio studio professionale per l'esercizio dell'Alpi attraverso la fissazione di una precisa tempistica anche per quanto riguarda il reperimento dei locali, così come di quelle sulla dirigenza sanitaria e sulla *governance* clinica, le quali, come dichiarato anche dallo stesso Presidente del Consiglio Monti, mirano a fare della trasparenza e del merito gli unici criteri da valutare nella nomina dei vertici delle aziende sanitarie locali e dei direttori di struttura complessa (*ex primari*);

queste disposizioni – tuttavia – corrono il rischio concreto di non centrare l'obiettivo a causa dell'incrociarsi dei veti a livello sindacale e della resistenza passiva attuata da alcune regioni,

impegna il Governo:

ad individuare idonei strumenti, anche di carattere finanziario, al fine di garantire, nel rispetto dell'autonomia regionale, ai medici di poter svolgere l'attività libero-professionale intramuraria in locali adeguati e con l'adeguata strumentazione;

a valutare l'opportunità di predisporre iniziative finalizzate ad evitare che la selezione del personale medico – e di quello a livello dirigenziale, in particolare – non sia compromessa dalle interferenze della politica e veda prevalere il requisito della professionalità, favorendo – in quest'ottica – anche una maggiore autonomia da meccanismi che non hanno niente a vedere con la tutela della salute delle strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale, salvaguardando in particolare l'indipendenza dei policlinici universitari.

9/5440-AR/10. Garagnani, Romele.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame procede al riassetto dell'organizzazione sanitaria, tenendo conto della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale a seguito delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica;

in questo quadro le misure contenute nel provvedimento in esame hanno come obiettivo la riorganizzazione e il miglioramento dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale per un più elevato livello di tutela della salute del cittadino, con particolare riferimento alla valorizzazione della professione medica;

questa è la *ratio* delle norme che regolamentano in maniera definitiva l'attività libero-professionale *intramoenia* dei medici (Alpi), mettendo fine – dopo quindici anni – al regime

«provvisorio» dell'utilizzazione da parte del medico del proprio studio professionale per l'esercizio dell'Alpi attraverso la fissazione di una precisa tempistica anche per quanto riguarda il reperimento dei locali, così come di quelle sulla dirigenza sanitaria e sulla *governance* clinica, le quali, come dichiarato anche dallo stesso Presidente del Consiglio Monti, mirano a fare della trasparenza e del merito gli unici criteri da valutare nella nomina dei vertici delle aziende sanitarie locali e dei direttori di struttura complessa (*ex primari*);

queste disposizioni – tuttavia – corrono il rischio concreto di non centrare l'obiettivo a causa dell'incrociarsi dei veti a livello sindacale e della resistenza passiva attuata da alcune regioni,

impegna il Governo:

ad individuare idonei strumenti, anche di carattere finanziario, al fine di garantire, nel rispetto dell'autonomia regionale, ai medici di poter svolgere l'attività libero-professionale intramuraria in locali adeguati e con l'adeguata strumentazione;

a valutare l'opportunità di predisporre iniziative finalizzate ad evitare che la selezione del personale medico – e di quello a livello dirigenziale, in particolare – non sia compromessa dalle interferenze della politica e veda prevalere il requisito della professionalità.

9/5440-AR/10. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Garagnani, Romele.

---

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge in esame, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, detta significative norme finalizzate a contrastare la diffusione della ludopatia;

tale forma di patologia, propria dei soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, ha assunto negli ultimi anni l'aspetto e le dimensioni di una emergenza sociale, alimentata giorno dopo giorno dalla crisi economica che spinge un numero crescente di soggetti esposti a cercare nel gioco una via d'uscita dalle difficoltà quotidiane;

a tal fine dal 1° gennaio 2013 il decreto fissa il divieto di messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro su determinati canali di informazione o di divulgazione rivolti per lo più ai giovani. In caso di violazioni degli obblighi previsti, il provvedimento reca una serie di sanzioni amministrative pecuniarie;

il decreto, tuttavia, nulla dice circa la possibilità che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli possa predisporre una serie di campagne pubblicitarie informative, volte a veicolare messaggi chiari e costruttivi circa i rischi e le conseguenze che possono derivare dall'abuso del gioco d'azzardo e di altri comportamenti patologici relativi al gioco,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di utilizzare le risorse derivanti dalle sanzioni amministrative pecuniarie eventualmente irrogate nei confronti dei contravventori dei divieti in tema di messaggi pubblicitari concernenti il gioco, per la promozione di campagne di educazione sul gioco responsabile e di informazione sui rischi e sulle conseguenze della ludopatia, assicurando a tali campagne un'adeguata diffusione.

9/5440-AR/11. Mosella, Fabbri, Pisicchio, Tabacci, Vatinno.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, detta significative norme finalizzate a contrastare la diffusione della ludopatia;

tale forma di patologia, propria dei soggetti affetti da sindrome da gioco con vincite in denaro, ha assunto negli ultimi anni l'aspetto e le dimensioni di una emergenza sociale, alimentata giorno dopo giorno dalla crisi economica che spinge un numero crescente di soggetti esposti a cercare nel gioco una via d'uscita dalle difficoltà quotidiane;

a tal fine dal 1° gennaio 2013 il decreto fissa il divieto di messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro su determinati canali di informazione o di divulgazione rivolti per lo più ai giovani. In caso di violazioni degli obblighi previsti, il provvedimento reca una serie di sanzioni amministrative pecuniarie;

il decreto, tuttavia, nulla dice circa la possibilità che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli possa predisporre una serie di campagne pubblicitarie informative, volte a veicolare messaggi chiari e costruttivi circa i rischi e le conseguenze che possono derivare dall'abuso del gioco d'azzardo e di altri comportamenti patologici relativi al gioco,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, compatibilmente con le esigenze di finanza pubblica, di utilizzare le risorse derivanti dalle sanzioni amministrative pecuniarie eventualmente irrogate nei confronti dei contravventori dei divieti in tema di messaggi pubblicitari concernenti il gioco, per la promozione di campagne di educazione sul gioco responsabile e di informazione sui rischi e sulle conseguenze della ludopatia, assicurando a tali campagne un'adeguata diffusione.

9/5440-AR/11. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Mosella, Fabbri, Pisicchio, Tabacci, Vatinno.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

nello specifico, l'articolo 5 del provvedimento dispone l'aggiornamento delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza al fine di tener conto sia del mutato assetto strutturale del Servizio sanitario stesso, sia del numero significativo di patologie emergenti;

il fenomeno della morte perinatale, secondo uno studio condotto dalla rivista scientifica internazionale «The Lancet» nel 2011, nei Paesi più ricchi del mondo è legato «a condizioni evitabili, dovute alla qualità della cura offerta, e fattori legati allo stile di vita». Secondo tale studio «con analisi approfondite, la percentuale di morti in utero che restano senza causa nota scende al di sotto del 20 per cento»;

in Italia si registrano circa 9 casi al giorno di morte perinatale (morti in avanzata età gestazionale, durante o dopo il parto), secondo la succitata ricerca il 30 per cento delle morti in utero sarebbe evitabile nei paesi occidentali tra cui l'Italia con conseguente decremento anche dei contenziosi che spesso ne conseguono;

alla luce dei suindicati studi le principali cause di morte perinatale vanno ricercate nella presenza singola di determinati fattori di rischio conclamati – come sovrappeso e obesità materna, distiroidismo, diabete, diabete gestazionale, alterazioni coagulative, fumo e alcol, o nella presenza

in associazione dei sopracitati fattori di rischio, anche se presenti singolarmente con valori *borderline*, e soprattutto se associati ad altri fattori di rischio non modificabili, come età materna e utilizzo di tecniche di fecondazione assistita per il concepimento – sarebbe auspicabile garantire specifici percorsi assistenziali in grado di tenere sotto controllo siffatti campanelli di allarme;

attualmente in Italia esistono notevoli lacune sul fronte dello *screening* prenatale per i fattori di rischio correlati a morte in utero, considerando che alcuni dei fattori di rischio non sono riscontrabili attraverso i controlli di *routine* generalmente richiesti dal medico curante in gravidanza,

impegna il Governo

a riconoscere – con appositi interventi – la definizione di specifici percorsi assistenziali per le donne in gravidanza, garantendo un adeguato *screening* prenatale nei casi di sussistenza di anche uno dei fattori di rischio conclamati di morte in utero.

9/5440-AR/12. Di Biagio. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese attraverso un più alto livello di tutela della salute;

l'Eteroplasia Ossea Progressiva (POH = Progressive Osseous Heteroplasia) è una patologia dal risvolto altamente invalidante che coinvolge principalmente la cute e l'apparato muscolare;

pur essendo una malattia con una diffusione rara, con una prevalenza stimata sui 100 casi nel mondo, già titolare di un codice Orphanet (ORPHA2762) quanto al trattamento terapeutico, non risulta ancora inserita ufficialmente nell'elenco delle malattie rare del Ministero della salute;

il numero di pazienti censiti in Italia per questa patologia è assolutamente ridotto, giacché parliamo di 4 persone registrate su tutto il territorio nazionale dalle associazioni di assistenza. Il decorso della patologia comporta notevoli quanto dolorose limitazioni funzionali, che si ripercuotono negativamente sulla vita relazionale dei pazienti, comportando finanche l'invalidità totale. Inoltre la diagnosi e il *follow-up* impongono l'esecuzione di esami onerosi, nonché la necessità di una continua assistenza fisioterapica;

la patologia risultava già inserita nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di revisione dei livelli essenziali di assistenza, formulato nel 2008 dal Ministero della sanità, trattandosi di una delle 109 malattie rare per le quali era riconosciuta la necessità di definire il riconoscimento quale malattia rara;

l'onerosità dei trattamenti clinici, pressoché equiparabile a quelli già previsti per altre patologie, richiede una dovuta «presa in carico» da parte delle istituzioni,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di attivare con la massima celerità le dovute misure per inserire l'eteroplasia ossea progressiva all'interno dell'elenco delle malattie rare, attribuendole altresì un codice di esenzione ai sensi del decreto ministeriale n. 279 del 2001.

9/5440-AR/13. Granata, Di Biagio. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame, all'articolo 14, comma 1, prevede la soppressione del CoAnAn S.c.ar.l, il Consorzio Anagrafi Animali, che verrà posto in liquidazione;

le funzioni del Consorzio verranno trasferite al Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e al Ministero della salute;

la soppressione del Consorzio si incardina in una logica di *spending review* e di razionale organizzazione della pubblica amministrazione;

in data 2 ottobre 2012 si è riunito il Consiglio di amministrazione del CoAnAn S.c.ar.l per dare applicazione a quanto previsto nel decreto-legge in esame e predisporre la relazione societaria finale consuntiva da inviare agli organi interessati;

il citato comma 1 dell'articolo 14, contrariamente alle norme che in precedenza hanno previsto la soppressione di analoghi organismi, non dispone il trasferimento del personale al soggetto subentrante insieme alle funzioni e alle risorse di competenza;

i dipendenti in questione sono presenti nel limitato numero di 4 unità, di cui uno con la qualifica di dirigente e 3 impiegati;

il CdA ha ritenuto opportuno informare gli organi interessati affinché il suddetto personale, che ha acquisito negli anni notevole professionalità, in sede di conversione del citato decreto-legge, venga riassorbito nei ruoli dei Ministeri di competenza (MIPAAF, MINSAs) o nell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA) o in alternativa, presso i ruoli dei soci della compagine societaria, così come già avvenuto per altri Enti dello Stato soppressi o accorpati,

impegna il Governo

a prendere tempestive iniziative al fine di chiarire la sorte professionale del suddetto personale, valutando l'opportunità che – come già avvenuto in occasione della soppressione di analoghi organismi – nell'ambito del trasferimento delle funzioni già svolte dalla società consortile «Consorzio Anagrafi Animali» al Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e al Ministero della salute secondo le rispettive competenze, sia previsto anche il trasferimento del relativo personale dipendente ai citati Ministeri o all'AGEA.

9/5440-AR/14. Mancuso, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame, all'articolo 14, comma 1, prevede la soppressione del CoAnAn S.c.ar.l, il Consorzio Anagrafi Animali, che verrà posto in liquidazione;

le funzioni del Consorzio verranno trasferite al Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e al Ministero della salute;

la soppressione del Consorzio si incardina in una logica di *spending review* e di razionale organizzazione della pubblica amministrazione;

in data 2 ottobre 2012 si è riunito il Consiglio di amministrazione del CoAnAn S.c.ar.l per dare applicazione a quanto previsto nel decreto-legge in esame e predisporre la relazione societaria finale consuntiva da inviare agli organi interessati;

il citato comma 1 dell'articolo 14, contrariamente alle norme che in precedenza hanno previsto la soppressione di analoghi organismi, non dispone il trasferimento del personale al soggetto subentrante insieme alle funzioni e alle risorse di competenza;

i dipendenti in questione sono presenti nel limitato numero di 4 unità, di cui uno con la qualifica di dirigente e 3 impiegati;

il CdA ha ritenuto opportuno informare gli organi interessati affinché il suddetto personale, che ha acquisito negli anni notevole professionalità, in sede di conversione del citato decreto-legge, venga riassorbito nei ruoli dei Ministeri di competenza (MIPAAF, MINSAs) o nell'Agenzia per le

erogazioni in agricoltura (AGEA) o in alternativa, presso i ruoli dei soci della compagine societaria, così come già avvenuto per altri Enti dello Stato soppressi o accorpati,

impegna il Governo

a prendere tempestive iniziative al fine di chiarire la sorte professionale del suddetto personale.  
9/5440-AR/14. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Mancuso, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame affronta il problema della dipendenza da gioco d'azzardo patologico (G.A.P.) o ludopatia, introducendo norme finalizzate alla prevenzione e al contrasto della stessa, con particolare riguardo al gioco d'azzardo minorile;

nel nostro Paese, come ha ricordato di recente anche dallo stesso Ministro della salute, ci sono circa 15 milioni di giocatori d'azzardo nella fascia d'età 15-64 anni, il 20 per cento dei quali – circa 3 milioni di persone – sono a rischio patologico, mentre lo 0,8 per cento dei giocatori risulta appartenere al profilo del giocatore patologico;

la dipendenza da gioco d'azzardo presenta quadri clinici che hanno in comune con la dipendenza sostanze (alcol e stupefacenti) il comportamento compulsivo che produce effetti seriamente invalidanti;

il problema non è meno grave del tabagismo e va pertanto affrontato con la massima serietà;

in seguito ai rilievi mossi dalla V Commissione Bilancio è stata cancellata dal provvedimento la previsione dell'istituzione del fondo, finanziato con i proventi dei giochi autorizzati dall'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire idonea copertura finanziaria ai livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia;

il decreto-legge in esame, pur rappresentando un punto di partenza, risulta lontano dall'obiettivo di dare soluzioni concrete finalizzate al contrasto della dipendenza da questa nuova droga,

impegna il Governo:

a continuare sulla strada intrapresa in materia di prevenzione e contrasto della ludopatia, con particolare riferimento al coinvolgimento dei minori, e a predisporre tempestive ed opportune iniziative in materia finalizzate a:

vietare in tutto il territorio nazionale la propaganda pubblicitaria, diretta o indiretta, in qualunque forma, di qualsiasi tipo di gioco d'azzardo, intendendosi per tale ogni gioco, lotteria, scommessa o concorso pronostico che consiste nell'effettuare una puntata, scommessa o impiego di denaro o di altri beni al fine di ottenere una vincita al verificarsi di un evento futuro. Per pubblicità indiretta si intende anche l'esposizione di cartelli o di avvisi di qualsiasi natura volti a rendere pubbliche le vincite realizzate presso i punti di raccolta gestiti: dagli operatori di gioco d'azzardo «fisso» che svolgono l'attività di offerta di giochi, scommesse o concorsi pronostici con vincite in denaro, di cui al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, e successive modificazioni; dagli operatori di gioco d'azzardo on line che svolgono l'attività di offerta, attraverso la rete internet e altre reti telematiche o di telecomunicazione, di giochi, scommesse o concorsi pronostici con vincite in denaro, di cui all'articolo 14, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, e successive modificazioni; dall'AAMS;

disporre l'obbligo per i giochi d'azzardo di riportare le seguenti informazioni obbligatorie;

a) avvertenze generali: 1) il gioco può dare dipendenza; 2) non esagerare: di gioco ci si ammala;

b) avvertenze supplementari: 1) chi perde sempre sei tu; 2) non giocare il futuro dei tuoi figli; 3) il gioco crea dipendenza, non iniziare; 4) il gioco può portare a debiti, a povertà o a perdere la famiglia: fermati in tempo; 5) 800.000 italiani sono affetti dalla sindrome da gioco d'azzardo: non entrare nel numero; 6) la fortuna è cieca, ma quello che perdi si vede benissimo; 7) giocare ogni giorno è un sintomo: parlane al tuo medico, fatti aiutare. In tale quadro si prevede, altresì, che le avvertenze generali e almeno una delle avvertenze supplementari devono essere inoltre riportate su apposite targhe esposte nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati i videotermini di cui all'articolo 110, comma 6, lettera b), del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, nonché nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale l'offerta di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi;

disporre l'obbligo per i punti di raccolta dei giochi d'azzardo gestiti da operatori *on line*, compreso il sito istituzionale dell'AAMS, di dedicare un'apposita sezione alla pubblicazione dei seguenti dati, da aggiornare mensilmente: la quantità espressa in euro delle somme perse dai giocatori e la loro quota percentuale rispetto al totale delle somme giocate; una sintesi di principali sintomi della sindrome da gioco d'azzardo patologico; una sintesi dei rischi correlati alla sindrome da gioco d'azzardo patologico, in particolar modo riferito ai minori; l'elenco e i recapiti dei presidi regionali per la prevenzione e la cura della dipendenza patologica dal gioco d'azzardo, e dei centri e delle associazioni che abbiano medesima finalità;

prevedere che i proventi delle sanzioni amministrative pecuniarie irrogate in violazione delle norme sulla pubblicità del gioco d'azzardo compresi quelli derivanti dal pagamento in misura ridotta previsto dall'articolo 16 della legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni, sono devoluti ad un apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della Salute, per essere destinati all'informazione e all'educazione sanitarie, nonché a studi e ricerche finalizzati alla prevenzione della sindrome da gioco d'azzardo patologico e al finanziamento dei presidi regionali per la prevenzione e la cura della dipendenza patologica da gioco d'azzardo;

prevedere che l'apertura di nuove sale da gioco e di nuovi punti di raccolta del gioco d'azzardo praticato mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931 e successive modificazioni, deve avvenire nel rispetto di una distanza minima di cinquecento metri da istituti scolastici di ogni ordine e grado, centri di aggregazione giovanile, ospedali, strutture sanitarie, luoghi di culto, disponendo, altresì, che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato provveda a pianificare forme di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco praticato mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, che risultano territorialmente prossimi a istituti scolastici di ogni ordine e grado, centri di aggregazione giovanile, ospedali, strutture sanitarie, luoghi di culto.

9/5440-AR/15. Scandroglio, Pelino, Girlanda, Beccalossi, Nastri, Tullo. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

l'età per il pensionamento dei medici universitari è di 67 anni che su richiesta degli interessati può salire fino ai 70 anni;

negli ultimi anni l'aspettativa di vita nel nostro Paese è notevolmente aumentata e a ciò si aggiunge che l'accesso nel mercato del lavoro per un medico avviene in età matura, in media intorno ai 32-35 anni;



l'Unione europea si è pronunciata più volte a favore dell'innalzamento dell'età pensionabile dei lavoratori del pubblico impiego;

anche a seguito delle affermazioni dell'allora Governatore della Banca d'Italia Mario Draghi, in linea con l'Unione europea, in merito alla necessità di prolungare la vita lavorativa, anche per garantire un tenore di vita adeguato agli anziani di domani, si è arrivati recentemente alla riforma del sistema pensionistico (legge «Fornero»);

oggi si va in pensione con 40 anni di contribuzione effettiva, anche con ricongiungimento dei contributi previdenziali tra lavoro pubblico e privato,

impegna il Governo

ad adottare le opportune iniziative tese a rivedere la normativa relativa al pensionamento dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale agevolandone l'innalzamento dell'età pensionabile sino a 67 anni e a domanda dell'interessato sino a 70 anni, ma in considerazione dell'esperienza e della competenza acquisita da questi professionisti.

9/5440-AR/16. Di Virgilio, Castellani, Bocciardo, Girlanda. (**ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE**)

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca una serie di disposizioni tra cui rilevano le misure di prevenzione volte a contrastare la ludopatia, a contenere la diffusione delle dipendenze dalla pratica di gioco con vincite in denaro, a rafforzare i divieti a tutela dei minori, come quello relativo ai messaggi pubblicitari dei giochi in trasmissioni televisive o radiofoniche cinematografiche, nei trenta minuti precedenti e successivi alla trasmissione delle stesse, e di rappresentazioni teatrali o all'ingresso dei medesimi nelle aree destinate al gioco;

già la legge di stabilità 2011 (legge n. 220 del 2010), all'articolo 1, comma 70, ha previsto che con decreto interdirigenziale dell'AAMS e del Ministero della salute fossero adottate, d'intesa con la Conferenza unificata, linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo. Lo schema di decreto, trasmesso nel mese di giugno 2011, è tuttavia ancora all'esame della Conferenza unificata;

da tempo si richiede, sia in ambito parlamentare che su iniziativa delle associazioni che operano in ambito locale e nel settore socio-sanitario, che anche il nostro Paese riconosca la ludopatia quale malattia sociale, così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.), prevedendo l'inserimento di tale patologia nei livelli essenziali di assistenza dello Stato, con l'importante conseguenza del diritto a fruire dei benefici riconosciuti dalla legge analogamente alle altre dipendenze;

in tema di gioco e ludopatia, nel corso dell'esame referente in Commissione erano stati introdotti nel provvedimento importanti miglioramenti al testo, anche grazie alla presentazione di emendamenti del gruppo del Pd in tale direzione;

con l'accoglimento di alcuni di questi emendamenti (a prima firma Garavini-Miotto) il testo originario è stato rafforzato con la previsione dell'obbligo per gestori di sale da gioco e di esercizi ad esse assimilabili di esporre nei locali il materiale informativo predisposto dalle ASL, diretto ad evidenziare i rischi correlati al gioco e la presenza sul territorio di servizi dedicati alla cura e al reinserimento sociale dei soggetti affetti da queste patologie; particolarmente significativa, inoltre, la previsione aggiuntiva volta ad introdurre, mediante un successivo decreto ministeriale, in modo obbligatorio, seppure graduale, idonei meccanismi tecnici volti a bloccare automaticamente

l'accesso ai giochi per i minori, mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, nonché ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco;

tuttavia, la versione finale del provvedimento, riformulata sulla base del parere della Commissione bilancio e su cui è stata posta la fiducia dal Governo, non contempla più alcuni punti qualificanti in materia di ludopatia;

preoccupa la soppressione della previsione di un apposito fondo che, attingendo ai proventi dei giochi, mirava a garantire un'idonea copertura finanziaria ai livelli essenziali di assistenza per la cura dei soggetti affetti da ludopatia. Così come suscita forte perplessità l'indebolimento della previsione a tutela dei minori che, introducendo l'obbligo per gli operatori ed esercenti di munirsi di meccanismi automatici per gli apparecchi da gioco elettronici, non contempla più in modo esplicito che ciò avvenga mediante l'uso esclusivo di tessere elettroniche – una soluzione tecnica e una definizione legislativa che avrebbe reso più stringente ed effettivo il divieto del gioco d'azzardo per i minori;

il provvedimento contiene la previsione di un Piano annuale di controlli, predisposto da AAMS (d'intesa con la SIAE, la Polizia di Stato, l'Arma dei carabinieri e la Guardia di finanza) di almeno diecimila verifiche specificamente destinate al contrasto del gioco minorile, nei confronti degli esercizi commerciali in cui sono presenti apparecchi di gioco o attività di scommessa su eventi sportivi e non sportivi, collocati in prossimità di istituti scolastici primari e secondari, di strutture sanitarie ed ospedaliere, di luoghi di culto, insieme alla pianificazione dal parte dell'AAMS di una progressiva ricollocazione degli apparecchi di gioco a moneta, territorialmente prossimi a tali strutture, relativamente alle concessioni di raccolta di gioco pubblico, con riferimento a quelle bandite solo successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto;

sempre in tema di maggiore tutela dei minori, non sono state accolte nel provvedimento definitivo alcune delle proposte volte a stabilire in modo normativamente certo il rispetto di un limite di distanza fra le sale da gioco e gli esercizi ad esse assimilabili e i luoghi ritenuti socialmente sensibili;

permangono, dunque, elementi di forte criticità per un testo che non determina legislativamente in modo adeguato alcuni importanti profili che avrebbero dovuto trovare proprio in tale ambito un rafforzamento della prevenzione dei fenomeni di ludopatia e del gioco minorile e un potenziamento del controllo del mercato del gioco d'azzardo, fonte di proventi e riciclaggio di attività della criminalità organizzata,

impegna il Governo:

ad adottare specifiche disposizioni volte a prevedere sia nell'ambito del previsto Piano annuale dei controlli nei confronti degli esercizi operanti nel settore del gioco d'azzardo e delle scommesse, sia nell'ambito delle Linee di azione di cui all'articolo 1, comma 70, della legge di stabilità 2011, una distanza di prossimità di cinquecento metri fra l'ubicazione delle sale da gioco ed esercizi ad esse assimilabili e i luoghi ritenuti sensibili come scuole, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale e luoghi di culto;

a prevedere, nell'ambito di successivi provvedimenti di natura economica e finanziaria, un'idonea copertura e un incremento di gettito vincolato a una specifica quota del Fondo sanitario nazionale, anche mediante la previsione di una destinazione di una piccolissima percentuale, ossia dello 0,1 per cento della remunerazione di ciascuno degli operatori e dei concessionari esercenti nel settore dei giochi, allo scopo di finanziare la cura della ludopatia.

9/5440-AR/17. Garavini.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca una serie di disposizioni tra cui rilevano le misure di prevenzione volte a contrastare la ludopatia, a contenere la diffusione delle dipendenze dalla pratica di gioco con vincite in denaro, a rafforzare i divieti a tutela dei minori, come quello relativo ai messaggi pubblicitari dei giochi in trasmissioni televisive o radiofoniche cinematografiche, nei trenta minuti precedenti e successivi alla trasmissione delle stesse, e di rappresentazioni teatrali o all'ingresso dei medesimi nelle aree destinate al gioco;

già la legge di stabilità 2011 (legge n. 220 del 2010), all'articolo 1, comma 70, ha previsto che con decreto interdirigenziale dell'AAMS e del Ministero della salute fossero adottate, d'intesa con la Conferenza unificata, linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo. Lo schema di decreto, trasmesso nel mese di giugno 2011, è tuttavia ancora all'esame della Conferenza unificata;

da tempo si richiede, sia in ambito parlamentare che su iniziativa delle associazioni che operano in ambito locale e nel settore socio-sanitario, che anche il nostro Paese riconosca la ludopatia quale malattia sociale, così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.), prevedendo l'inserimento di tale patologia nei livelli essenziali di assistenza dello Stato, con l'importante conseguenza del diritto a fruire dei benefici riconosciuti dalla legge analogamente alle altre dipendenze;

in tema di gioco e ludopatia, nel corso dell'esame referente in Commissione erano stati introdotti nel provvedimento importanti miglioramenti al testo, anche grazie alla presentazione di emendamenti del gruppo del Pd in tale direzione;

con l'accoglimento di alcuni di questi emendamenti (a prima firma Garavini-Miotto) il testo originario è stato rafforzato con la previsione dell'obbligo per gestori di sale da gioco e di esercizi ad esse assimilabili di esporre nei locali il materiale informativo predisposto dalle ASL, diretto ad evidenziare i rischi correlati al gioco e la presenza sul territorio di servizi dedicati alla cura e al reinserimento sociale dei soggetti affetti da queste patologie; particolarmente significativa, inoltre, la previsione aggiuntiva volta ad introdurre, mediante un successivo decreto ministeriale, in modo obbligatorio, seppure graduale, idonei meccanismi tecnici volti a bloccare automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, nonché ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco;

tuttavia, la versione finale del provvedimento, riformulata sulla base del parere della Commissione bilancio e su cui è stata posta la fiducia dal Governo, non contempla più alcuni punti qualificanti in materia di ludopatia;

preoccupa la soppressione della previsione di un apposito fondo che, attingendo ai proventi dei giochi, mirava a garantire un'adeguata copertura finanziaria ai livelli essenziali di assistenza per la cura dei soggetti affetti da ludopatia. Così come suscita forte perplessità l'indebolimento della previsione a tutela dei minori che, introducendo l'obbligo per gli operatori ed esercenti di munirsi di meccanismi automatici per gli apparecchi da gioco elettronici, non contempla più in modo esplicito che ciò avvenga mediante l'uso esclusivo di tessere elettroniche – una soluzione tecnica e una definizione legislativa che avrebbe reso più stringente ed effettivo il divieto del gioco d'azzardo per i minori;

il provvedimento contiene la previsione di un Piano annuale di controlli, predisposto da AAMS (d'intesa con la SIAE, la Polizia di Stato, l'Arma dei carabinieri e la Guardia di finanza) di almeno diecimila verifiche specificamente destinate al contrasto del gioco minorile, nei confronti degli esercizi commerciali in cui sono presenti apparecchi di gioco o attività di scommessa su eventi sportivi e non sportivi, collocati in prossimità di istituti scolastici primari e secondari, di strutture sanitarie ed ospedaliere, di luoghi di culto, insieme alla pianificazione dal parte dell'AAMS di una progressiva ricollocazione degli apparecchi di gioco a moneta, territorialmente prossimi a tali strutture, relativamente alle concessioni di raccolta di gioco pubblico, con riferimento a quelle

bandite solo successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto;

sempre in tema di maggiore tutela dei minori, non sono state accolte nel provvedimento definitivo alcune delle proposte volte a stabilire in modo normativamente certo il rispetto di un limite di distanza fra le sale da gioco e gli esercizi ad esse assimilabili e i luoghi ritenuti socialmente sensibili;

permangono, dunque, elementi di forte criticità per un testo che non determina legislativamente in modo adeguato alcuni importanti profili che avrebbero dovuto trovare proprio in tale ambito un rafforzamento della prevenzione dei fenomeni di ludopatia e del gioco minorile e un potenziamento del controllo del mercato del gioco d'azzardo, fonte di proventi e riciclaggio di attività della criminalità organizzata,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di prevedere nell'ambito del previsto Piano annuale dei controlli nei confronti degli esercizi operanti nel settore del gioco d'azzardo e delle scommesse, sia nell'ambito delle Linee di azione di cui all'articolo 1, comma 70, della legge di stabilità 2011, una distanza di prossimità di cinquecento metri fra l'ubicazione delle sale da gioco ed esercizi ad esse assimilabili e i luoghi ritenuti sensibili come scuole, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale e luoghi di culto;

a valutare l'opportunità di prevedere, nell'ambito di successivi provvedimenti di natura economica e finanziaria, un'idonea copertura e un incremento di gettito vincolato a una specifica quota del Fondo sanitario nazionale, anche mediante la previsione di una destinazione di una piccolissima percentuale, ossia dello 0,1 per cento della remunerazione di ciascuno degli operatori e dei concessionari esercenti nel settore dei giochi, allo scopo di finanziare la cura della ludopatia. 9/5440-AR/17. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Garavini.

---

La Camera,

premesso che:

la tutela della salute, sancita dalla nostra Costituzione come diritto fondamentale, deve essere garantita a tutti gli sportivi che praticino attività sia a livello competitivo che non competitivo;

qualsiasi impegno volto a rendere più puntuale la disciplina in ambito di tutela della salute degli sportivi rappresenta un passo avanti da incoraggiare e realizzare attraverso il dialogo e la collaborazione tra i soggetti deputati alla disciplina della *governance* dello sport (CONI, Ministero dello sport, Federazioni Sportive Nazionali e Enti di Promozione Sportiva);

episodi di cronaca sportiva – recenti e meno – hanno dimostrato che alcuni impianti sportivi sono inadeguati a garantire buoni livelli di sicurezza per gli atleti sia dal punto di vista strutturale che per quanto riguarda le dotazioni di mezzi necessari a far fronte a situazioni emergenziali, così come avviene anche in molti istituti scolastici di ogni ordine e grado frequentati non solo dagli alunni, ma anche da chi – in virtù di convenzioni – vi pratica attività motoria al di fuori dell'orario scolastico;

in questo momento di congiuntura economica particolarmente difficile anche il mondo dello sport soffre di una diminuita disponibilità di risorse dovuta non solo al decremento della quota di finanziamento che il CONI riceve dallo Stato, ma anche alla minore disponibilità dei privati ad investire nel settore, soprattutto a livello di sport di base;

la situazione di molte associazioni sportive dilettantistiche e di molte società sportive è di estrema difficoltà e le agevolazioni fiscali previste per sostenere chi opera nel settore appaiono

spesso insufficienti, così come complessivamente il sostegno verso tutto quel movimento sportivo di base che numericamente rappresenta la parte più rilevante del nostro sistema,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di coinvolgere il CONI, le Federazioni Sportive Nazionali e gli Enti di Promozione Sportiva per condividere i contenuti del decreto nella parte riguardante la tutela della salute degli sportivi e di prevedere nelle linee guida contenute da quest'ultimo l'obbligo per gli istituti scolastici di ogni ordine e grado, le università e gli impianti dove si svolge una rilevante attività sportiva di dotarsi di defibrillatori semiautomatici e di dispositivi salvavita, specificando quali dovranno essere i soggetti titolari del loro acquisto, nonché della formazione del personale incaricato al loro uso.

9/5440-AR/18. Barbaro. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca una serie di «disposizioni volte a promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», attraverso una riorganizzazione di alcuni aspetti fondamentali del Servizio sanitario Nazionale e un profondo riassetto del sistema delle cure territoriali;

l'articolo 4, in particolare, interviene in materia di dirigenza sanitaria e di governo clinico, disciplinando, tra l'altro, le procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei dirigenti delle strutture;

nel testo iniziale, era previsto il requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, alla data della nomina, per accedere alla selezione;

nel corso dell'esame presso la Commissione di merito, una proposta emendativa dei Relatori (n. 4.115), nel ribadire la necessità del citato requisito anagrafico, introduceva la possibilità, comunque, di accedere alla selezione anche per coloro che avessero superato i 65 anni di età, purché cessassero dall'incarico all'età di 70 anni;

per effetto dell'approvazione di un sub-emendamento degli onorevoli Grassi, Miotto, Castellani, Pedoto, Bocciardo (n. 0.4.115.33), è stato, però, eliminato del tutto il riferimento all'età anagrafica, con la conseguenza che, di fatto, si può diventare direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale anche oltre i limiti massimi di età per la pensione di vecchiaia previsti generalmente dalla normativa vigente;

tale situazione, quindi, a parere dei firmatari del presente atto di indirizzo, determina un'evidente «disparità di trattamento», anche se si considera che, nel corso dell'esame in Commissione, si è, altresì, intervenuti al fine di modificare proprio la disciplina in materia di limite massimo di età per la pensione di vecchiaia dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale (di cui air articolo 15-*nonies* del decreto legislativo n. 502 del 1992);

era stato, in sostanza, disposto il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa e i ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale, al compimento del sessantasettesimo anno di età, elevabile, a domanda dell'interessato e con l'assenso dell'azienda sanitaria, al settantesimo anno di età (il testo previgente dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 fissava il limite massimo di permanenza al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo prevedeva che, in ogni caso non si potevano superare i settanta anni);

è quanto mai opportuno ed urgente contemperare l'esigenza di assicurare qualità ed efficienza del servizio sanitario del nostro Paese con quella di rinnovare completamente il sistema

manageriale, garantendo, altresì, un adeguato ed effettivo ricambio, anche generazionale, dei profili dirigenziali,

impegna il Governo

ad introdurre, già a partire dai prossimi provvedimenti, le opportune misure normative volte a prevedere, anche per i direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, un limite massimo di età per l'accesso alla selezione, in coerenza con quanto previsto, ai fini del collocamento a riposo, per i dirigenti medici e sanitari del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa e i ricercatori universitari.

9/5440-AR/19. Patarino, Moroni, Perina. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

all'articolo 4 del presente provvedimento sono disciplinate le modalità di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale e le modalità di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa;

la selezione dei primari verrà effettuata da una commissione composta da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa;

la commissione dovrà fornire tre nominativi al direttore generale dell'azienda che individua fra questi il candidato da nominare;

il direttore generale potrà non tener conto della graduatoria all'atto della nomina, indicando un candidato con punteggio inferiore e corredando la scelta con una motivazione analitica;

l'auspicata modifica delle modalità di assegnazione degli incarichi ai direttori di struttura complessa risulta solo parzialmente soddisfacente vista l'evidente persistenza di una eccessiva discrezionalità;

la politica deve fare un passo indietro e lasciare il posto a nomine basate su punteggi, sul possesso di requisiti, su graduatorie, affinché prevalga la logica della tutela della salute del cittadino e non quella della politica;

il ricorso a meccanismi concorsuali per la nomina dei primari può favorire una competizione positiva fra eccellenze, una più attenta valutazione delle competenze richieste e nel contempo garantire uno sperato ampliamento della sfera di autonomia dei professionisti,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi della disposizione di cui alla premessa, al fine di adottare, già dai prossimi provvedimenti in materia, procedure di scelta dei dirigenti di strutture complesse che ne assicurino una effettiva e totale indipendenza.

9/5440-AR/20. Moroni, Patarino, Perina. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

l'apporto delle competenze dei ricercatori per lo sviluppo delle tecniche e delle tecnologie sanitarie è di riconosciuta importanza;

il nostro Paese può godere delle capacità scientifiche e intellettuali, del talento e della propensione all'innovazione dei suoi ricercatori, investe ancora troppo poco, rispetto agli altri Paesi europei in ricerca, perdendo in tal modo molti dei suoi giovani talenti che preferiscono operare all'estero;

sono numerosi gli esempi di Stati che incentivano l'arrivo di risorse umane di alta qualità: l'Australia accoglie da anni solo persone di cui pensa di aver bisogno. Il Canada ad esempio ha messo a punto un sistema di selezione per garantire i visti agli studenti più brillanti. Inoltre sono previsti sgravi fiscali, alloggi e prezzi calmierati per chi ottiene il visto. L'Inghilterra e la Francia distinguono i migranti «altamente qualificati» e hanno pensato per loro permessi di soggiorno su misura;

in un interessante articolo pubblicato su La Stampa lo scorso 7 ottobre, Marco Sodano descrive come la partenza di cervelli per altre mete causi al nostro Paese perdite in termini economici, entrate fiscali, posti di lavoro e consumi delle famiglie che, prendendo in considerazione solo i ritorni dei brevetti cui hanno partecipato, ammontano a circa 60 milioni di euro per ciascun individuo;

le misure introdotte per incentivare il rientro dei nostri ricercatori e i tentativi di connessione fra università e mondo del lavoro hanno finora avuto poco successo anche a causa della scarsa desiderabilità delle strutture di ricerca italiane per i giovani talenti e per i ricercatori prestigiosi che lavorano all'estero,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre, compatibilmente con le risorse disponibili, un Piano di investimenti per agevolare il rientro dall'estero dei nostri ricercatori e per cominciare ad attrarre sul nostro territorio eccellenze da altri Paesi.

9/5440-AR/21. Perina, Moroni, Patarino. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

l'apporto delle competenze dei ricercatori per lo sviluppo delle tecniche e delle tecnologie sanitarie è di riconosciuta importanza;

il nostro Paese può godere delle capacità scientifiche e intellettuali, del talento e della propensione all'innovazione dei suoi ricercatori, investe ancora troppo poco, rispetto agli altri Paesi europei in ricerca, perdendo in tal modo molti dei suoi giovani talenti che preferiscono operare all'estero;

sono numerosi gli esempi di Stati che incentivano l'arrivo di risorse umane di alta qualità: l'Australia accoglie da anni solo persone di cui pensa di aver bisogno. Il Canada ad esempio ha messo a punto un sistema di selezione per garantire i visti agli studenti più brillanti. Inoltre sono previsti sgravi fiscali, alloggi e prezzi calmierati per chi ottiene il visto. L'Inghilterra e la Francia distinguono i migranti «altamente qualificati» e hanno pensato per loro permessi di soggiorno su misura;

in un interessante articolo pubblicato su La Stampa lo scorso 7 ottobre, Marco Sodano descrive come la partenza di cervelli per altre mete causi al nostro Paese perdite in termini economici, entrate fiscali, posti di lavoro e consumi delle famiglie che, prendendo in considerazione solo i ritorni dei brevetti cui hanno partecipato, ammontano a circa 60 milioni di euro per ciascun individuo;

le misure introdotte per incentivare il rientro dei nostri ricercatori e i tentativi di connessione fra università e mondo del lavoro hanno finora avuto poco successo anche a causa della scarsa desiderabilità delle strutture di ricerca italiane per i giovani talenti e per i ricercatori prestigiosi che lavorano all'estero,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre, compatibilmente con le risorse disponibili, un Piano di investimenti per agevolare il rientro dall'estero dei nostri ricercatori nel campo sanitario e per cominciare ad attrarre sul nostro territorio eccellenze da altri Paesi.

9/5440-AR/21. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA AI FINI DELL'AMMISSIBILITÀ).** Perina, Moroni, Patarino.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame affronta in più parti il tema della ludopatia;

vi è un numero crescente di giocatori *online* che comporta la necessità di un monitoraggio più efficace in questo settore, attraverso una maggiore collaborazione dei diversi operatori sul mercato, e l'esperienza positiva di codici di autodisciplina avviata da parte di alcuni operatori nel settore delle scommesse, attraverso strumenti di promozione del gioco responsabile, consente di avere un seppur minimo controllo sulla situazione e su tale patologia;

la Federserd (Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze) ha istituito un numero verde nazionale per aiutare i giocatori a rischio e un servizio *online* gratuito per metterli in contatto con strutture e servizi territoriali competenti;

alcuni enti locali hanno dato vita a esperienze positive di cura delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico: come quelle avviate in Toscana attraverso i Serd, le onlus e i gruppi di mutuo aiuto, oppure il progetto sperimentale «Pluto» finanziato dalla Regione Emilia-Romagna;

il provvedimento in esame affida al Governo il compito di individuare idonee soluzioni tecniche per bloccare automaticamente l'accesso dei minori ai giochi con vincite in denaro,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di subordinare la concessione per la commercializzazione delle scommesse a quota fissa, rilasciata dal Ministero dell'economia e delle finanze, all'adozione da parte del concessionario di strumenti per la responsabilizzazione dei giocatori, quali: limiti di deposito e di perdita fissati dall'utente, strumenti per l'autoesclusione, collegamenti a organizzazioni in grado di offrire informazioni e supporto, informazioni relative all'auto-aiuto e alla consapevolezza del disagio;

a incaricare l'AAMS dell'istituzione di un *database* unificato dei giocatori a rischio, per garantire la piena efficacia delle misure di autoesclusione adottate dai singoli operatori *online* e impedire che soggetti autoesclusi da un determinato sito possano accedere a siti gestiti da altri operatori e continuare a giocare durante il periodo di autoesclusione;

a realizzare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto campagne informative, sia radiotelevisive che sulla stampa nazionale, concernenti la



possibilità per i giocatori a rischio e le loro famiglie di rivolgersi al numero verde 800 921 121 e al servizio [www.giocaresponsabile.it](http://www.giocaresponsabile.it);

a promuovere presso tutte le Regioni italiane le buone pratiche di contrasto al gioco d'azzardo patologico e di sostegno alle famiglie già sperimentate in varie realtà locali, in collaborazione con istituzioni scolastiche, Aziende Sanitarie Locali e con enti pubblici e privati non aventi fine di lucro;

a valutare l'opportunità di prevedere l'accesso ai giochi con vincite in denaro anche mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, come già avviene per i distributori automatici di sigarette.

9/5440-AR/22. Sarubbi, Mariani, Touadi, Mattesini, De Pasquale.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame affronta in più parti il tema della ludopatia;

vi è un numero crescente di giocatori *online* che comporta la necessità di un monitoraggio più efficace in questo settore, attraverso una maggiore collaborazione dei diversi operatori sul mercato, e l'esperienza positiva di codici di autodisciplina avviata da parte di alcuni operatori nel settore delle scommesse, attraverso strumenti di promozione del gioco responsabile, consente di avere un seppur minimo controllo sulla situazione e su tale patologia;

la Federserd (Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze) ha istituito un numero verde nazionale per aiutare i giocatori a rischio e un servizio *online* gratuito per metterli in contatto con strutture e servizi territoriali competenti;

alcuni enti locali hanno dato vita a esperienze positive di cura delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico: come quelle avviate in Toscana attraverso i Serd, le onlus e i gruppi di mutuo aiuto, oppure il progetto sperimentale «Pluto» finanziato dalla Regione Emilia-Romagna;

il provvedimento in esame affida al Governo il compito di individuare idonee soluzioni tecniche per bloccare automaticamente l'accesso dei minori ai giochi con vincite in denaro,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di:

subordinare la concessione per la commercializzazione delle scommesse a quota fissa, rilasciata dal Ministero dell'economia e delle finanze, all'adozione da parte del concessionario di strumenti per la responsabilizzazione dei giocatori, quali: limiti di deposito e di perdita fissati dall'utente, strumenti per l'autoesclusione, collegamenti a organizzazioni in grado di offrire informazioni e supporto, informazioni relative all'auto-aiuto e alla consapevolezza del disagio;

incaricare l'AAMS dell'istituzione di un *database* unificato dei giocatori a rischio, per garantire la piena efficacia delle misure di autoesclusione adottate dai singoli operatori *online* e impedire che soggetti autoesclusi da un determinato sito possano accedere a siti gestiti da altri operatori e continuare a giocare durante il periodo di autoesclusione;

realizzare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto campagne informative, sia radiotelevisive che sulla stampa nazionale, concernenti la possibilità per i giocatori a rischio e le loro famiglie di rivolgersi al numero verde 800 921 121 e al servizio [www.giocaresponsabile.it](http://www.giocaresponsabile.it);

promuovere presso tutte le Regioni italiane le buone pratiche di contrasto al gioco d'azzardo patologico e di sostegno alle famiglie già sperimentate in varie realtà locali, in collaborazione con istituzioni scolastiche, Aziende Sanitarie Locali e con enti pubblici e privati non aventi fine di lucro.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame contiene misure urgenti atte a garantire l'efficacia del procedimento di riassetto dell'organizzazione sanitaria in coerenza con gli obiettivi di crescita e sviluppo, attraverso la riorganizzazione di alcuni fondamentali elementi del Servizio sanitario nazionale, nonché promuove in tale ottica un più alto livello di tutela della salute;

tali misure si sono rese necessarie dopo le varie manovre di contenimento della spesa pubblica che hanno determinato negli ultimi anni una contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale come riporta esaustivamente la stessa relazione tecnica all'atto in questione: «il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ha ridotto il finanziamento annuale per il Servizio sanitario nazionale per un importo pari a 600 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011, 2012, 2013, e il successivo decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, ha stabilito una ulteriore riduzione del finanziamento annuale pari a 2,5 miliardi di euro per l'anno 2013 e a 5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2014; il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha introdotto ulteriori misure che determinano una riduzione dei costi del settore sanitario pari a 900 milioni di euro nel 2012, 1.800 milioni nel 2013, 2.000 milioni nel 2014 e 2.100 milioni a decorrere dal 2015. Tali misure si aggiungono a quelle citate. Dal quadro anzidetto e in particolare dall'articolo 15 del citato decreto-legge n. 95 del 2012 si rileva: l'ulteriore contenimento della spesa farmaceutica; la riduzione del 5 per cento della spesa per beni e servizi (con esclusione dei farmaci) e altre misure volte a contenere tali voci di spesa; la riduzione dello standard di posti letto da 4 a 3,7 per mille abitanti, con riduzione del tasso di ospedalizzazione da 180 a 160 per mille abitanti; l'abbassamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici; la riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera; la proroga al 2015 dell'obiettivo di contenimento della spesa complessiva di personale previsto dalla legislazione vigente per gli anni 2012-2014 (spesa del 2004 diminuita dell'1,4 per cento al netto dei ritmi vi contrattuali successivi al 2004);

con il presente decreto vengono dettati indirizzi per la sottoscrizione della convenzione con i medici di medicina generale nonché norme per il riordino dell'assistenza territoriale che si potrà avvalere di medici e di personale delle altre professioni sanitarie ivi compresi infermieri, fisioterapisti ecc.;

in quest'ottica di riordino del sistema sanitario per una sua migliore efficienza, la riforma delle professioni sanitarie non è stata ancora completamente attuata, mentre l'evoluzione dei processi riguardanti le professioni Sanitarie, questa già in atto, rende tale necessità ancora più attuale e cogente nei suoi tempi di realizzazione;

il sistema di educazione continua in medicina, che rappresenta un valore assoluto per il sistema italiano della salute e delle professioni, prevede ad esempio che siano ordini e collegi a certificare l'adempimento degli obblighi formativi da parte dei professionisti iscritti. Il problema in questo ambito sorge quindi per le professioni che non hanno l'obbligo di iscrizione ad un albo; nei confronti di questi professionisti, qualora non iscritti nemmeno ad associazioni rappresentative, non è possibile alcuna certificazione dei crediti ECM conseguiti né l'erogazione di sanzioni disciplinari, previste dalla recentissima modifica normativa proprio per il mancato adempimento di tali obblighi (vedasi: nota AGENAS, accordo Stato-Regioni);

altrettanto dicasi, inoltre, per le esigenze della Giustizia e dei tribunali, dei quali riportiamo doglianze per l'impossibilità di poter disporre, nei percorsi procedurali, delle valutazioni periziali da

parte di CTU competenti per professione, per responsabilità professionale ed ambito disciplinare, sempre a causa dell'assenza degli albi professionali che detto emendamento mira ad istituire, completando il quadro normativo di queste professioni,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di completare in breve tempo la riforma delle professioni sanitarie con una nuova regolamentazione che evidenzii il nuovo ruolo che assumono nella medicina territoriale e nel riordinato sistema sanitario.

9/5440-AR/23. Miotto. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame affronta in più parti il tema della Ludopatia;

in particolare, all'articolo 5, in tema con l'«Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992 si provvede ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatie, 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.);

all'articolo 7, inoltre, vengono fissate disposizioni in merito a misure di prevenzione per contrastare la ludopatia ed in particolare si tutela il minore rispetto al tema del gioco e della ludopatia, fissando limiti rispetto alla pubblicità, segnalando la necessità di predisporre iniziative didattiche per rappresentare il rischio connesso all'abuso di giochi con vincite in denaro;

il provvedimento in esame dispone che «l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, di intesa con la Società italiana degli autori ed editori (SIAE), la Polizia di Stato, l'Arma dei Carabinieri e il Corpo della guardia di finanza, pianifica su base annuale almeno diecimila controlli, specificamente destinati al contrasto del gioco minorile», nonché si stabilisce che il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro, identifica i minori di età mediante richiesta di esibizione di un documento di identità;

dalla lettura della normativa, l'unica conseguenza dell'identificazione del minore appare essere il mancato accesso alle apparecchiature di gioco, mentre nessun intervento di carattere sociale viene previsto sul minore, sulla famiglia di provenienza, sul contesto da cui deriva;

il rapporto tra il gioco d'azzardo e il minore matura spesso in ambito familiare, talvolta nel contesto sociale, nell'osservazione e nell'apprendimento di condotte specifiche, nell'attivazione di comportamenti emulativi;

dal 2003 al 2009 la raccolta di gioco lecito in Italia è stata di 309 miliardi di euro, nel solo 2010 sono stati bruciati in azzardo di Stato ben 61,4 miliardi di euro dalle famiglie;

la grande diffusione del gioco d'azzardo legalizzato, la sua penetrazione nei contesti familiari e sociali, espone il minore, al di là della pubblicità televisiva o sui giornali, ad una propaganda di fatto di tali condotte apprese nei contesti familiari e sociali;

per garantire la tutela del minore rispetto al tema del gioco d'azzardo non si può prescindere da un intervento specifico, professionale, dei servizi sociali comunali, e dell'intero sistema integrato di *welfare* territoriale, senza i quali le iniziative normative su pubblicità, distanze, didattica, pur importanti, rischiano di vanificarsi,

impegna il Governo

ad individuare gli strumenti idonei per garantire alla rete territoriale di *welfare*, a partire dai servizi sociali comunali, la presa in carico di minori individuati o segnalati come contigui, per affinità familiari, sociali o di contesto, all'area del gioco d'azzardo, e a garantire lo sviluppo e la realizzazione di specifici progetti integrati di intervento sociale sul tema.

9/5440-AR/24. Argentin, Bossa. (**ACCETTATO**)

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame si occupa, all'articolo 15, di Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero;

esso prevede la sostituzione dei commi 89, 90, 91 e 92 dell'articolo 4 della legge 12 novembre 2011, n. 183;

in particolare il comma 91 viene interamente sostituito stabilendo che «ferma restando l'autonomia normativa e organizzativa degli enti riceventi, il personale di ruolo in servizio presso i Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (S.A.S.N.) di Napoli e Genova, e relative articolazioni territoriali, è trasferito, nell'ambito del territorio provinciale»;

secondo il disposto normativo, ad essi viene assicurato il riconoscimento del servizio prestato ed applicato il trattamento economico, compreso quello accessorio, previsto nei contratti collettivi vigenti per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale;

i Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (S.A.S.N.) sono strutture sanitarie ambulatoriali del Ministero della salute ubicate sull'intero territorio nazionale;

in particolare il Sasn dispone di 26 ambulatori sparsi sul territorio nazionale ove presta servizio personale dipendente di ruolo amministrativo e sanitario, personale medico infermieristico e tecnico, chimici, biologi e psicologi a rapporto convenzionale e una rete di medici fiduciari, incaricati dell'erogazione dell'assistenza al personale navigante nelle zone non coperte dagli ambulatori in Italia e all'estero;

il personale di ruolo e a convenzione è preoccupato per la situazione economica critica delle Regioni, in particolare della Regione Campania, sottoposta a piano di rientro, dal momento che la situazione debitoria di alcune Asl sta determinando ritardi consistenti nel pagamento degli stipendi dei lavoratori e si paventano esuberanti con conseguenti tagli di personale;

in Campania vi sono tre poliambulatori: Napoli, che è anche la Direzione amministrativa del Sud e Isole; Ercolano; Torre del Greco, che è il più grande ambulatorio SASN d'Italia per numero di assistiti (oltre 50.000 visite l'anno);

al predetto personale non viene esplicitamente riconosciuta la possibilità di optare per la permanenza nei ruoli del Ministero della salute, nei limiti dei posti disponibili sul territorio nazionale; cosa che invece è sempre stata concessa, in passato, ad altri lavoratori che si sono trovati, loro malgrado, in un processo di accorpamento o di modifica del proprio ufficio o della propria amministrazione,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di garantire ai lavoratori dei Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante, di cui all'articolo e al comma citati in premessa, il diritto di optare per la permanenza nei ruoli del Ministero della salute, nei limiti dei posti disponibili sul territorio nazionale.

9/5440-AR/25. Bossa. (**ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE**)

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame si occupa, all'articolo 1, di riordino dell'assistenza territoriale e di mobilità del personale delle aziende sanitarie;

esso prevede che le regioni riorganizzino i servizi territoriali di assistenza primaria, promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare integrata, e i servizi ospedalieri, secondo nuove modalità;

il provvedimento fa riferimento, nello specifico, a forme organizzative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali; in particolare si chiede alle Regioni di «disciplinare le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere»;

si prevede che tali aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogino l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Sistema sanitario nazionale, prevedendo, all'uopo, presso le medesime strutture anche personale dipendente del Ssn nonché che entro 180 giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione si proceda all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali, nel limite dei livelli remunerativi fissati dagli accordi stessi; entro i successivi 90 giorni si stipulano gli accordi regionali attuativi, senza ulteriori oneri per la Finanza pubblica;

la riorganizzazione delle cure primarie così come descritta appare profonda e sostanziale, e necessita di investimenti nel settore;

il ruolo di perno che viene dato alla medicina territoriale rende necessaria l'individuazione di risorse economiche certe, ben definite, appropriate;

il Cipe, in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale destina il 5 per cento della spesa alla prevenzione, il 44 per cento alla rete ospedaliera, il 51 per cento alla medicina territoriale; il 7 per cento di quest'ultima quota viene riservata alla medicina di base; nelle regioni sottoposte a piani di rientro questi parametri quasi mai vengono rispettati, per cui si rende necessario vincolare risorse certe per mettere il sistema nella condizioni di affrontare i cambiamenti necessari;

la medicina di base è la prima a subire profonde modifiche strutturali e organizzative dalla riforma di cui al disegno di legge in discussione, per cui si rende indispensabile una certezza delle risorse disponibili,

impegna il Governo:

ad agire, per quanto di sua competenza, affinché le regioni che applicano un tetto di spesa alla medicina di base, siano vincolate a destinare a tale tetto di spesa almeno una percentuale del Fondo sanitario regionale pari a quanto previsto dal Cipe in sede di riparto del Fondo sanitario (pari al 7 per cento), il tutto al fine di evitare un sottofinanziamento che potrebbe determinare la impossibilità per la medicina di base di far fronte ai compiti previsti;

a valutare l'opportunità di una iniziativa affinché le disposizioni riportate nei provvedimenti legislativi in materia di stabilizzazione finanziaria (decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78; decreto-legge del 6 luglio 2011, n. 98) non si applichino alle somme, eventualmente percepite dal personale sanitario, per compensi derivanti dalla partecipazione ai progetti per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, e per la applicazione del tetto di spesa della medicina di base.

9/5440-AR/26. D'Incecco. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

il decreto n. 95 del 2012 cosiddetta «spending review2», ha previsto il contenimento della spesa farmaceutica e la riduzione del 5 per cento della spesa per beni e servizi attraverso l'automatica e unilaterale riduzione dei contratti in essere;

dalle notizie finora pervenute in merito alla legge di stabilità si attendono ulteriori riduzioni, il taglio del 5 per cento verrebbe portato al 10 per cento e sarebbe abbassato al 4 per cento il tetto per la spesa per dispositivi medici;

da anni si attende l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili imponendo così all'intero sistema, a cominciare dai pazienti, l'adozione di strumenti inadeguati e superati;

in conseguenza di ciò l'intera industria italiana del settore e l'ambito dei servizi terziari in sanità risultano duramente colpite e questo avviene durante una lunga fase di recessione economica con gravi conseguenze occupazionali;

già queste aziende sono in difficoltà a causa dei noti ritardi nei pagamenti da parte delle aziende sanitarie;

i settori del biomedicale e della farmaceutica sono considerati in tutto il mondo settori innovativi ad alta tecnologia meritevoli di investimenti;

in particolare il distretto modenese del biomedicale, a causa del recente terremoto, attraversa una fase di gravi difficoltà, un recente studio di Banca Intesa ha reso noto come una delle conseguenze sia stata il calo del 39 per cento delle esportazioni di prodotti da quel distretto;

le scelte effettuate dal Governo finora nel settore sembrano ignorare le conseguenze delle scelte effettuate sul tessuto produttivo del Paese, manifestando così scollamento con le politiche industriali e indifferenza verso le pesanti conseguenze occupazionali,

impegna il Governo

a sviluppare una positiva collaborazione tra Ministero dell'economia, Ministero delle attività produttive e Ministero della salute diretta a sostenere lo sviluppo e la ricerca nei settori farmaceutico e biomedicale.

9/5440-AR/27. Lenzi. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame contiene misure urgenti atte a garantire l'efficacia del procedimento di riassetto dell'organizzazione sanitaria in coerenza con gli obiettivi di crescita e sviluppo, attraverso la riorganizzazione di alcuni fondamentali elementi del Servizio sanitario nazionale, nonché, promuovendo in tale ottica un più alto livello di tutela della salute, affronta anche il tema importante dell'«Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992;

tale procedura di aggiornamento fa esplicito riferimento, al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, 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, articolo 8, del medesimo decreto, nonché inserisce nell'aggiornamento dei LEA la cura e la riabilitazione delle persone affette da ludopatia e l'aggiornamento del nomenclatore tariffario di cui all'articolo 11 del decreto ministeriale

del 27 agosto 1999, n. 332;

se pur apprezzabile tale riformulazione dei LEA non è completa,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre tutte le misure economiche e normative necessarie affinché nella revisione dei LEA possano essere inserite anche le misure dirette ad allargamento degli *screening* per malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche.

9/5440-AR/28. Burtone. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in oggetto si pone l'obiettivo di garantire la continuità, la funzionalità e un miglior svolgimento delle attività legate alla tutela della salute, soddisfacendo al contempo l'esigenza di riequilibrio della sostenibilità finanziaria;

il decreto legge in corso di conversione intende promuovere, inoltre, il miglioramento del livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, anche mediante l'indicazione di alcuni criteri che le Regioni dovranno considerare per determinare l'accesso alla graduatoria del ruolo unico per le funzioni di guardia medica, di medicina dei servizi di urgenza e di specialista ambulatoriale;

si ritiene necessario, allo scopo di assolvere alle finalità di cui sopra, non disperdere il bagaglio di professionalità, esperienza e competenza apportato dalla numerosa platea di medici che, pur non avendo avuto accesso alle graduatorie perché senza titolo, operano da anni all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale e in molti casi provvedono a colmare i vuoti di personale causati dal basso numero di medici «titolati» rispetto al fabbisogno delle diverse regioni;

i suddetti professionisti, che hanno maturato una formazione specialistica di alto livello e una elevata esperienza professionale, anziché essere condannati a un processo di precarizzazione irreversibile senza reali prospettive di stabilizzazione, dovrebbero rappresentare un patrimonio da conservare,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, relativamente all'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale, di guardia medica, medicina dei servizi d'urgenza e degli specialisti ambulatoriali, di definire le procedure per il riconoscimento delle esperienze professionali e la formazione specialistica acquisita dai medici anche non titolati.

9/5440-AR/29. Schirru, Mattesini, Bellanova. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premesso che:

la disposizione prevista dal comma 11 dell'articolo 7 del decreto-legge in esame, prevede obblighi relativi alla certificazione medica da produrre e ad idonei controlli da effettuare al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale;

è il Ministro della salute, con un proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, a disporre le relative garanzie sanitarie mediante l'obbligo di una idonea certificazione medica e le linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti;

l'obbligo della certificazione medica per l'attività sportiva non agonistica è già in vigore dal lontano 1983. Infatti il decreto ministeriale 28 febbraio 1983 «Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica» prevede che per praticare una attività sportiva non agonistica è necessaria una visita medica con periodicità annuale intesa ad accertare lo stato di buona salute del cittadino interessato e il rilascio di un certificato di idoneità sportiva non agonistica (cosiddetto certificato di buona salute) per i seguenti soggetti: praticanti attività sportive qualificate non agonistiche dalle Federazioni sportive nazionali, dagli Enti di propaganda sportiva riconosciuti, dal CONI e per i partecipanti alle attività scolastiche ed alle fasi precedenti quelle nazionali dei Giochi della gioventù;

il rilascio di tali certificati, ma anche quelli per attività sportive non agonistiche non incluse nella lista indicata dal citato decreto, sono solitamente a pagamento perché esclusi dai LEA (Livelli essenziali di assistenza);

il certificato è gratuito solo nel caso che venga richiesto per attività sportiva scolastica o Giochi della gioventù, mentre negli altri casi, viene rilasciato dietro pagamento;

la pratica di un'attività sportiva non agonistica esercitata in modo regolare e moderato aiuta a controllare il sovrappeso, migliora la pressione arteriosa, riduce il tasso di colesterolo ematico, previene e controlla il diabete, riduce lo stress, riduce la dipendenza dal tabagismo, è un'attività socializzante con effetti benefici sulla qualità della vita di tutti noi e solo eccezionalmente vi è motivo di controindicazione assoluta e per questi motivi deve essere incentivata;

per le considerazioni su espresse ci sembra utile e opportuno che il Governo, in occasione del decreto applicativo da adottare summenzionato, riveda la prassi che fino ad ora ha disciplinato il rilascio dei certificati medici a pagamento per le attività sportive non agonistiche;

i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono le figure mediche che meglio conoscono le condizioni di salute, l'anamnesi e le eventuali controindicazioni alla pratica non agonistica di determinate attività sportive dei loro assistiti;

rientra nei doveri di un buon medico che conosce il proprio assistito avere cura di tutti gli aspetti, anche preventivi, per mantenere un buono stato di salute;

il pagamento dei certificati medici ha spesso disincentivato il desiderio di tanti cittadini di praticare attività sportive non agonistiche;

lo sport è un diritto di tutti i cittadini ed è un dovere dello Stato promuoverlo,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, di favorire, per quanto di sua competenza, il rilascio gratuito da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta dei certificati medici necessari per praticare una attività non agonistica o amatoriale.

9/5440-AR/30. Bucchino. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame affronta, all'articolo 5, il tema importante dell'«Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992;

tale procedura di aggiornamento fa esplicito riferimento al rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e viene limitata alle malattie croniche e rare;

l'analgesia epidurale è la tecnica più sicura ed efficace per controllare il dolore del travaglio e del parto. Essa determina in pochi minuti la scomparsa del dolore, lasciando inalterate tutte le altre sensibilità compresa quella delle contrazioni uterine che continuano ad essere percepite in modo non doloroso. Il parto avviene con la piena partecipazione della futura mamma;



l'analgesia epidurale viene eseguita da un medico anestesista esperto in questa tecnica; l'analgesia epidurale viene richiesta di solito dalla partoriente durante o all'inizio del travaglio, ma può essere eseguita solo dopo una valutazione delle condizioni ostetriche da parte del ginecologo;

se correttamente eseguita l'analgesia epidurale è una tecnica sicura e non ha effetti collaterali spiacevoli. In piena coscienza e libera dal dolore, la donna può affrontare gli sforzi espulsivi del parto nelle condizioni migliori e vivere pienamente una delle esperienze più significative della propria vita. Il benessere materno si trasmette al piccolo che sta per nascere (l'epidurale riduce significativamente la morbilità e la mortalità neonatale);

il parto in analgesia peridurale è garantito 24 ore su 24 e gratuitamente solo nel 16 per cento delle strutture ospedaliere italiane; nel 2001 solo il 3,7 per cento delle donne in Italia ha potuto partorire in analgesia; nello stesso anno il Comitato Nazionale di Bioetica sosteneva che «il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza»;

nel 2008 l'allora Ministro della salute Livia Turco, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile, all'articolo 37, comma 3, inserì nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) l'epidurale per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto naturale; i Governi successivi non hanno mai stanziato le risorse sufficienti per garantire il parto indolore nelle strutture pubbliche e convenzionate, che di fatto oggi negano nella maggior parte casi tale opportunità,

impegna il Governo

ad individuare gli strumenti per garantire, nell'ambito del percorso di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, previsti dall'articolo 5 del presente disegno di legge, l'analgesia epidurale per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto naturale, su tutto il territorio nazionale, nelle strutture pubbliche e convenzionate.

9/5440-AR/31. Murer. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame contiene misure urgenti atte a garantire l'efficacia del procedimento di riassetto dell'organizzazione sanitaria in coerenza con gli obiettivi di crescita e sviluppo, attraverso la riorganizzazione di alcuni fondamentali elementi del Servizio sanitario nazionale, nonché promuove in tale ottica un più alto livello di tutela della salute;

il decreto legislativo n. 187 del 2000 «Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche» affida all'esperto in fisica medica (specialista in fisica sanitaria) una serie di compiti finalizzati a garantire la sicurezza e la protezione dei pazienti sottoposti a procedure diagnostiche o a trattamenti terapeutici che prevedono l'utilizzo di radiazioni ionizzanti;

a tal fine, i servizi di fisica sanitaria/fisica medica gestiscono appositi programmi di garanzia della qualità che includono le prove di accettazione prima dell'entrata in uso delle attrezzature radiologiche e i controlli di qualità periodici;

l'attenzione posta dal legislatore a questo particolare settore deriva, da un lato dalla natura probabilistica dei danni conseguenti alla esposizione alle radiazioni che impone una particolare cautela nel loro utilizzo in diagnostica anche in rapporto alla crescita esponenziale di queste tecniche (ad esempio l'utilizzo diffuso delle tecniche TAC) e, dall'altro, dalla casistica di incidenti verificatisi nel settore della radioterapia con conseguenze di danno deterministico dovuto all'entità delle dosi di radiazioni coinvolte;

nel decreto in oggetto si stabilisce che nelle unità di *risk management* siano incluse le competenze di medicina legale, di medicina del lavoro e di ingegneria clinica,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di integrare le competenze necessarie alla valutazione e alla gestione del rischio clinico con quelle della disciplina di fisica medica che, in accordo alle direttive europee e alla normativa italiana, opera nel settore specifico della sicurezza dei pazienti nell'ambito delle procedure di diagnostica e terapia che utilizzano radiazioni ionizzanti.

9/5440-AR/32. Pedoto. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

la sanità, che ha già subito interventi significativi ed incisivi con la *spending review* e con precedenti manovre, non può essere penalizzata da ulteriori tagli che rischiano di comprometterne il funzionamento, rendendo impossibile riorganizzare la medicina territoriale e garantire una continuità assistenziale 24h su tutto il territorio nazionale;

è necessario dare una svolta alle politiche sanitarie che hanno finora indebolito il sistema pubblico per realizzare un Servizio sanitario nazionale sempre più attento e vicino alle richieste ed alle esigenze della persona umana e per garantire, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, a tutti i cittadini ed in particolare a quelli affetti da gravi e rare patologie – la cui eziologia non sempre è stata verificata ed accertata scientificamente – pari opportunità di accesso, di fruizione dei servizi sanitari e di ricovero in strutture mediche appositamente predisposte,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di approfondire la vasta e diffusa tipologia delle patologie rare e di predisporre, d'intesa con le regioni e con il sistema delle autonomie territoriali, presso i presidi ospedalieri un piano di centri *hospice* per la cura e l'assistenza ai soggetti affetti da gravi e rare patologie, onde garantire loro il diritto alla tutela della salute.

9/5440-AR/33. Mario Pepe (PD), Mattesini. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

l'articolo 32 della Costituzione, nel sancire la tutela della salute «come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività», di fatto obbliga lo Stato a promuovere ogni opportuna iniziativa volta all'attuazione di un compiuto sistema di tutela, adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce;

il conseguimento del benessere psico-fisico costituisce, oltre che diritto fondamentale dell'individuo, anche preminente interesse della collettività per l'impegno ed il ruolo che l'uomo stesso è chiamato ad assolvere per lo sviluppo e la crescita della società civile,

impegna il Governo

a valutare l'utilità di aprire un tavolo interistituzionale con le regioni per garantire, nei limiti delle disponibilità finanziarie destinate per il Servizio sanitario nazionale, l'erogazione dell'assistenza sanitaria ed i livelli essenziali delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, in condizioni di efficienza ed efficacia attraverso una riorganizzazione dei presidi per la continuità assistenziale della medicina generale finalizzata a stimolare i comuni con

minore densità demografica ad associarsi per avere pienamente le prestazioni medico-sanitarie 24h. 9/5440-AR/34. Giorgio Merlo, Mario Pepe (PD). **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame predispone l'«Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza»;

tale provvedimento, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, dispone che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 31 dicembre 2012, su proposta del Ministro della salute, 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;

tale aggiornamento viene compiuto 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, 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;

la Malattia da sensibilità chimica multipla, meglio conosciuta come MCS, è una patologia che si sviluppa in seguito a una esposizione acuta o cronica a sostanze tossiche che, a loro volta, producono sensibilizzazione crociata ad altre sostanze chimiche;

si tratta di una malattia, che, secondo alcuni dati, interesserebbe 25.000 persone accertate in tutta Italia, con grave disagio;

in Italia la Mcs è riconosciuta come malattia rara dalle regioni Toscana, Emilia-Romagna e Abruzzo, ma non dal resto del territorio nazionale; ciò rende insostenibile e drammatica la vita di molti cittadini affetti da tale patologia. Essi non possono rivolgersi ad alcuna struttura medica in caso di necessità, neppure al pronto soccorso. I pazienti allo stadio più grave spesso faticano ad ottenere una completa invalidità, oltre a non poter usufruire delle cure necessarie secondo i protocolli internazionali;

nel 2008 il Parlamento Europeo ha approvato una risoluzione in cui si citano come patologie in aumento la MCS, la sensibilità elettromagnetica, la sindrome degli amalgami dentali, la sindrome degli edifici malati;

in Italia da anni alcune associazioni si battono per il riconoscimento della MSC, così com'è stato fatto negli USA e in Germania, come malattia sociale e rara a forte impatto sulla vita personale,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di procedere al riconoscimento della Malattia da sensibilità chimica multipla (Mcs) come malattia sociale e rara e a farla rientrare, di conseguenza, nel percorso di aggiornamento dei Lea previsti dall'articolo 5 del disegno di legge.

9/5440-AR/35. Sbroliini, Mattesini. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

le norme contenute nell'articolo 1 del disegno di legge in esame, prevedono l'attivazione per i medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative individuate dalle regioni;

l'obiettivo è quello di garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata (h24) e per tutti i giorni della settimana adottando forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali, che erogino prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria;

dette forme organizzative dovranno comunque essere organizzate nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale assegnate alle Regioni;

le regioni devono quindi privilegiare la costituzione di reti di poliambulatoriali territoriali aperti h24 e collegati telematicamente con gli ospedali, e prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica;

l'obiettivo di favorire un processo di «deospedalizzazione» accompagnato da un rafforzamento dell'assistenza socio-sanitaria sul territorio, è certamente positivo, ma è indispensabile che il rafforzamento venga distinto in bisogni di salute dell'adulto, e bisogni di salute del bambino;

il bambino non è infatti un piccolo adulto ma un soggetto con peculiarità psico-fisiche diverse dall'adulto e, in quanto tale, necessita dell'assistenza pediatrica, 24 ore su 24;

solo un'alleanza tra la Pediatria di famiglia, la Pediatria ospedaliera e universitaria può garantire in Italia la corretta crescita psico-fisica del bambino stesso;

la peculiarità dell'assistenza pediatrica va migliorata anche attraverso un progetto pediatrico condiviso tra territorio, ospedale e Università;

sotto questo aspetto, è quindi fondamentale puntare anche alla riorganizzazione dell'assistenza pediatrica,

impegna il Governo:

a garantire che l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, venga distinta in assistenza pediatrica 0-16 anni e in assistenza per gli adulti dal 17° anno in poi, nonché in un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, distinta nelle fasce suindicate;

a prevedere conseguentemente forme organizzative monoprofessionali fra Medici di medicina generale e forme organizzative monoprofessionali fra Pediatri di libera scelta, nonché forme organizzative multiprofessionali, che erogano prestazioni assistenziali nella fascia d'età dal 17° anno in poi e forme organizzative multiprofessionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei Pediatri di Libera scelta e del sociale a rilevanza sanitaria nella fascia d'età 0-16° anno.

9/5440-AR/36. Di Giuseppe, Palagiano, Rondini, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premesso che:

le norme contenute nell'articolo 1 del disegno di legge in esame, prevedono l'attivazione per i medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative individuate dalle regioni;

l'obiettivo è quello di garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata (h24) e per tutti i giorni della settimana adottando forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali, che erogino prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria;

dette forme organizzative dovranno comunque essere organizzate nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale assegnate alle Regioni;

le regioni devono quindi privilegiare la costituzione di reti di poliambulatoriali territoriali

aperti h24 e collegati telematicamente con gli ospedali, e prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica;

l'obiettivo di favorire un processo di «deospedalizzazione» accompagnato da un rafforzamento dell'assistenza socio-sanitaria sul territorio, è certamente positivo, ma è indispensabile che il rafforzamento venga distinto in bisogni di salute dell'adulto, e bisogni di salute del bambino;

il bambino non è infatti un piccolo adulto ma un soggetto con peculiarità psico-fisiche diverse dall'adulto e, in quanto tale, necessita dell'assistenza pediatrica, 24 ore su 24;

solo un'alleanza tra la Pediatria di famiglia, la Pediatria ospedaliera e universitaria può garantire in Italia la corretta crescita psico-fisica del bambino stesso;

la peculiarità dell'assistenza pediatrica va migliorata anche attraverso un progetto pediatrico condiviso tra territorio, ospedale e Università;

sotto questo aspetto, è quindi fondamentale puntare anche alla riorganizzazione dell'assistenza pediatrica,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di garantire che l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, venga distinta in assistenza pediatrica 0-16 anni e in assistenza per gli adulti dal 17° anno in poi, nonché in un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, distinta nelle fasce suindicate;

a valutare l'opportunità di prevedere conseguentemente forme organizzative monoprofessionali fra Medici di medicina generale e forme organizzative monoprofessionali fra Pediatri di libera scelta, nonché forme organizzative multiprofessionali, che erogano prestazioni assistenziali nella fascia d'età dal 17° anno in poi e forme organizzative multiprofessionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei Pediatri di Libera scelta e del sociale a rilevanza sanitaria nella fascia d'età 0-16° anno.

9/5440-AR/36. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Di Giuseppe, Palagiano, Rondini, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premesse che:

il disegno di legge in esame, prevede all'articolo 5 comma 1, l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario di ausili e protesi entro il 31 maggio 2013;

l'elenco delle protesi, ortesi e ausili attualmente in vigore è quello stabilito dal decreto ministeriale 332/1999 e classifica prodotti risalenti ai primi anni '90. Lo stesso decreto del 1999 prevede un aggiornamento periodico, con cadenza al massimo triennale, per il Nomenclatore;

questo tariffario è fondamentale per stabilire di quali dispositivi, a carico del SSN, possono disporre i cittadini che ne hanno bisogno. Si tratta, infatti, di ausili per la deambulazione, protesi acustiche, protesi articolari eccetera;

il mancato aggiornamento del Nomenclatore ha finora aggravato, di fatto, le condizioni di vita di molti disabili in questi anni, visto che per ottenere ausili e protesi adatte alle proprie esigenze spesso i cittadini sono costretti a sborsare cifre ingenti, che non sempre sono in grado di reperire. Sono inoltre moltissime le nuove applicazioni tecnologiche che potrebbero migliorare la vita delle persone disabili, che però non sono iscritte nell'elenco del 1999;

in particolare, da questa vetusta classificazione, restano fuori tutti i più moderni ausili utili a garantire una vita dignitosa ai malati di SLA (Sclerosi laterale amiotrofica, una grave malattia

neurodegenerativa di recente scoperta). Parliamo di puntatori oculari per la comunicazione, telefoni in grado di effettuare una chiamata senza dover digitare il numero di telefono, ma anche semplici pedane per salire in macchina in maniera più agevole, prodotti molto costosi che lo Stato dovrebbe garantire ai cittadini;

l'accesso all'innovazione in materia di protesi, dispositivi e opportunità di moderni percorsi riabilitativi basati su nuove tecnologie è stata quindi in tutti questi anni fortemente limitata se non addirittura compromessa, proprio dal mancato aggiornamento di detto Nomenclatore e la mancanza di questi importanti ausili rende ancor più complicata l'esistenza già difficile e dolorosa di tanti cittadini italiani (sono oltre 5000 gli affetti da SLA in Italia), portandoli, spesso, all'emarginazione sociale e costringendoli in ogni caso a pagare di persona ciò che sarebbe loro diritto avere gratuitamente,

impegna il Governo

a mettere in atto le opportune iniziative legislative volte a ridurre i tempi per l'emanazione del provvedimento di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario di ausili e protesi, anticipando detta emanazione al 31 dicembre 2012, a tutela della salute di tutti i disabili italiani con particolare riguardo ai malati di SLA.

9/5440-AR/37. Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame, prevede all'articolo 5 comma 1, l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario di ausili e protesi entro il 31 maggio 2013;

l'elenco delle protesi, ortesi e ausili attualmente in vigore è quello stabilito dal decreto ministeriale 332/1999 e classifica prodotti risalenti ai primi anni '90. Lo stesso decreto del 1999 prevede un aggiornamento periodico, con cadenza al massimo triennale, per il Nomenclatore;

questo tariffario è fondamentale per stabilire di quali dispositivi, a carico del SSN, possono disporre i cittadini che ne hanno bisogno. Si tratta, infatti, di ausili per la deambulazione, protesi acustiche, protesi articolari eccetera;

il mancato aggiornamento del Nomenclatore ha finora aggravato, di fatto, le condizioni di vita di molti disabili in questi anni, visto che per ottenere ausili e protesi adatte alle proprie esigenze spesso i cittadini sono costretti a sborsare cifre ingenti, che non sempre sono in grado di reperire. Sono inoltre moltissime le nuove applicazioni tecnologiche che potrebbero migliorare la vita delle persone disabili, che però non sono iscritte nell'elenco del 1999;

in particolare, da questa vetusta classificazione, restano fuori tutti i più moderni ausili utili a garantire una vita dignitosa ai malati di SLA (Sclerosi laterale amiotrofica, una grave malattia neurodegenerativa di recente scoperta). Parliamo di puntatori oculari per la comunicazione, telefoni in grado di effettuare una chiamata senza dover digitare il numero di telefono, ma anche semplici pedane per salire in macchina in maniera più agevole, prodotti molto costosi che lo Stato dovrebbe garantire ai cittadini;

l'accesso all'innovazione in materia di protesi, dispositivi e opportunità di moderni percorsi riabilitativi basati su nuove tecnologie è stata quindi in tutti questi anni fortemente limitata se non addirittura compromessa, proprio dal mancato aggiornamento di detto Nomenclatore e la mancanza di questi importanti ausili rende ancor più complicata l'esistenza già difficile e dolorosa di tanti cittadini italiani (sono oltre 5000 gli affetti da SLA in Italia), portandoli, spesso, all'emarginazione sociale e costringendoli in ogni caso a pagare di persona ciò che sarebbe loro diritto avere gratuitamente,

impegna il Governo

a mettere in atto le opportune iniziative volte a ridurre i tempi per l'emanazione del provvedimento di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario di ausili e protesi, anticipando detta emanazione al 31 dicembre 2012, a tutela della salute di tutti i disabili italiani con particolare riguardo ai malati di SLA.

9/5440-AR/37. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,  
premessi che:

la non autosufficienza è in aumento in tutto il Paese, e la famiglia rappresenta ancora oggi la principale risorsa a disposizione delle persone disabili e anziane per fronteggiare la propria non autosufficienza;

le famiglie con almeno un disabile grave sono circa un milione e mezzo, pari a quasi il 7 per cento delle famiglie italiane. I costi della cura sono infatti sostenuti principalmente dalle stesse famiglie attraverso il ricorso a familiari oppure a lavoro privato di cura in gran parte sommerso;

la legge finanziaria per il 2007 (articolo 1, comma 1264) aveva istituito il Fondo per le non autosufficienze, con una dotazione di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009. Successivamente la legge finanziaria per il 2008 (articolo 2, comma 465), ne ha incrementato lo stanziamento di 100 milioni per l'anno 2008 e 200 per il 2009. Per il 2010 il Fondo ha potuto contare su 400 milioni di euro. Per l'anno 2011 il Decreto interministeriale 11 novembre 2011 ha assegnato al Fondo risorse per 100 milioni di euro, stanziati dall'articolo 1, comma 40, della legge 220/2010 (legge di stabilità 2011), finalizzati ad interventi integrati socio-sanitari per i malati di sclerosi laterale. Per il 2012 a detto Fondo non è stata assegnata alcuna risorsa. Qualche risorsa sarà prevista per il 2013;

l'insufficiente rifinanziamento del Fondo per la non autosufficienza, si inserisce peraltro in un contesto nel quale le risorse per il *welfare* vedono una loro sensibile riduzione,

impegna il Governo

a prevedere, eventualmente fin dall'imminente avvio della sessione di bilancio, un rifinanziamento complessivo del fondo per le non autosufficienze.

9/5440-AR/38. Borghesi, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,  
premessi che:

la non autosufficienza è in aumento in tutto il Paese, e la famiglia rappresenta ancora oggi la principale risorsa a disposizione delle persone disabili e anziane per fronteggiare la propria non autosufficienza;

le famiglie con almeno un disabile grave sono circa un milione e mezzo, pari a quasi il 7 per cento delle famiglie italiane. I costi della cura sono infatti sostenuti principalmente dalle stesse famiglie attraverso il ricorso a familiari oppure a lavoro privato di cura in gran parte sommerso;

la legge finanziaria per il 2007 (articolo 1, comma 1264) aveva istituito il Fondo per le non autosufficienze, con una dotazione di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009. Successivamente la legge finanziaria per il 2008 (articolo 2, comma 465), ne ha incrementato lo stanziamento di 100 milioni per l'anno 2008 e 200 per il 2009.

Per il 2010 il Fondo ha potuto contare su 400 milioni di euro. Per l'anno 2011 il Decreto interministeriale 11 novembre 2011 ha assegnato al Fondo risorse per 100 milioni di euro, stanziati dall'articolo 1, comma 40, della legge 220/2010 (legge di stabilità 2011), finalizzati ad interventi integrati socio-sanitari per i malati di sclerosi laterale. Per il 2012 a detto Fondo non è stata assegnata alcuna risorsa. Qualche risorsa sarà prevista per il 2013;

l'insufficiente rifinanziamento del Fondo per la non autosufficienza, si inserisce peraltro in un contesto nel quale le risorse per il *welfare* vedono una loro sensibile riduzione,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di un rifinanziamento complessivo del fondo per le non autosufficienze.  
9/5440-AR/38. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Borghesi, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 4 del disegno di legge in esame, riguarda i criteri di valutazione e di nomina della dirigenza sanitaria e il governo delle attività cliniche;

le modalità per la valutazione dei dirigenti sono definite dalle regioni sulla base della normativa vigente in materia per le pubbliche amministrazioni;

per quanto riguarda la valutazione dei dirigenti medici e sanitari, e in particolare la valutazione annuale dei primari e dei direttori di dipartimento, devono essere prese in considerazione: *a*) la qualità e quantità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati e concordati preventivamente; *b*) gli indici di soddisfazione degli utenti; *c*) le strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse;

l'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda;

tra i criteri di valutazione non viene preso in considerazione un elemento importante e peraltro indicativo della qualità del lavoro svolto dal direttore di struttura complessa o dal direttore di dipartimento, ossia la necessaria verifica del «clima interno» della struttura diretta dal primario o dal direttore di dipartimento. Una valutazione corretta dell'attività di un primario non può prescindere dal verificare lo stato del *team*, attraverso una valutazione *ex post*. Un reparto in cui ci sia «clima di ostilità», con scarsa collaborazione tra i dipendenti, non può essere diretto da chi non è riuscito a realizzare clima «di squadra»,

impegna il Governo

a prevedere tra i criteri di valutazione complessiva del lavoro svolto dal direttore di struttura complessa o del direttore di dipartimento, idonei indici o modalità di soddisfazione del personale medico e non medico operante nella struttura alla quale è preposto il dirigente suddetto.  
9/5440-AR/39. Aniello Formisano, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 4 del disegno di legge in esame, riguarda i criteri di valutazione e di nomina della dirigenza sanitaria e il governo delle attività cliniche;

le modalità per la valutazione dei dirigenti sono definite dalle regioni sulla base della



normativa vigente in materia per le pubbliche amministrazioni;

per quanto riguarda la valutazione dei dirigenti medici e sanitari, e in particolare la valutazione annuale dei primari e dei direttori di dipartimento, devono essere prese in considerazione: *a)* la qualità e quantità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati e concordati preventivamente; *b)* gli indici di soddisfazione degli utenti; *c)* le strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse;

l'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda;

tra i criteri di valutazione non viene preso in considerazione un elemento importante e peraltro indicativo della qualità del lavoro svolto dal direttore di struttura complessa o dal direttore di dipartimento, ossia la necessaria verifica del «clima interno» della struttura diretta dal primario o dal direttore di dipartimento. Una valutazione corretta dell'attività di un primario non può prescindere dal verificare lo stato del *team*, attraverso una valutazione *ex post*. Un reparto in cui ci sia «clima di ostilità», con scarsa collaborazione tra i dipendenti, non può essere diretto da chi non è riuscito a realizzare clima «di squadra»,

impegna il Governo

a studiare l'opportunità di prevedere tra i criteri di valutazione complessiva del lavoro svolto dal direttore di struttura complessa o del direttore di dipartimento, idonei indici o modalità di soddisfazione del personale medico e non medico operante nella struttura alla quale è preposto il dirigente suddetto.

9/5440-AR/39. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Aniello Formisano, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 5 del disegno di legge in esame, dispone, tra l'altro in merito all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

in particolare, si prevede, l'emanazione entro il 31 dicembre 2012, di un DPCM per aggiornare i livelli essenziali di assistenza (LEA), con prioritario riferimento alla riformulazione degli elenchi delle malattie croniche e rare e ai relativi aggiornamenti;

nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza e particolarmente delle malattie rare, è necessario prevedere l'inserimento nei medesimi LEA dello *screening* allargato per malattie genetiche metaboliche rare;

lo «*screening* neonatale metabolico allargato», è uno strumento per una corretta diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie. Un test grazie al quale è possibile identificare fino a 60 malattie metaboliche per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci;

in Italia questo test viene effettuato su tutti i nuovi nati in piccole aree a macchia di leopardo, grazie alla buona volontà di singoli amministratori od Istituti. Questo genera disparità inaccettabili tra i bambini, sofferenze che potrebbero essere evitate ma anche un aggravio di spese per il servizio sanitario nazionale, che si trova in carico pazienti gravi che potrebbero non esserlo. La responsabilità di avviare il test è in carico alle Regioni. In questo momento solo in Toscana viene applicato per legge e in Emilia Romagna è stato allargato già a 23 malattie;

il recente caso della bambina affetta da una grave malattia ultra-rara per operare la quale la Regione Sicilia si è trovata a sostenere una spesa di oltre 300.000 euro, ha riportato l'attenzione sul tema degli *screening* neonatali;

le complicità di questa, così come di molte altre patologie, avrebbe potuto essere prevenuta infatti, se fosse stata «screenata», con un semplice trattamento dietetico. Da qui

l'evidenza economica oltre che etica di riaprire il confronto sul tema, come chiesto a voce unica dalle associazioni di pazienti affetti da malattie rare,

impegna il Governo

a prevedere che in sede di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, siano inseriti gli *screening* allargati per malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche.

9/5440-AR/40. Evangelisti, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 5 del disegno di legge in esame, dispone, tra l'altro in merito all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

in particolare, si prevede, l'emanazione entro il 31 dicembre 2012, di un DPCM per aggiornare i livelli essenziali di assistenza (LEA), con prioritario riferimento alla riformulazione degli elenchi delle malattie croniche e rare e ai relativi aggiornamenti;

nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza e particolarmente delle malattie rare, è necessario prevedere l'inserimento nei medesimi LEA dello *screening* allargato per malattie genetiche metaboliche rare;

lo «*screening* neonatale metabolico allargato», è uno strumento per una corretta diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie. Un test grazie al quale è possibile identificare fino a 60 malattie metaboliche per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci;

in Italia questo test viene effettuato su tutti i nuovi nati in piccole aree a macchia di leopardo, grazie alla buona volontà di singoli amministratori od Istituti. Questo genera disparità inaccettabili tra i bambini, sofferenze che potrebbero essere evitate ma anche un aggravio di spese per il servizio sanitario nazionale, che si trova in carico pazienti gravi che potrebbero non esserlo. La responsabilità di avviare il test è in carico alle Regioni. In questo momento solo in Toscana viene applicato per legge e in Emilia Romagna è stato allargato già a 23 malattie;

il recente caso della bambina affetta da una grave malattia ultra-rara per operare la quale la Regione Sicilia si è trovata a sostenere una spesa di oltre 300.000 euro, ha riportato l'attenzione sul tema degli *screening* neonatali;

le complicanze di questa, così come di molte altre patologie, avrebbe potuto essere prevenuta infatti, se fosse stata «screenata», con un semplice trattamento dietetico. Da qui l'evidenza economica oltre che etica di riaprire il confronto sul tema, come chiesto a voce unica dalle associazioni di pazienti affetti da malattie rare,

impegna il Governo

a valutare, in sede di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, l'inserimento di *screening* allargati per malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche.

9/5440-AR/40. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Evangelisti, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 7 del disegno di legge in esame, dispone tra l'altro misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

in particolare, il comma 8 prevede il divieto d'ingresso ai minori di diciotto anni nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro, e il titolare dell'esercizio è tenuto ad identificare i minori mediante richiesta di esibizione di un documento di identità;

è inoltre prevista l'emanazione entro sei mesi di un decreto per la progressiva introduzione obbligatoria di soluzioni tecniche volte a bloccare automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, anche mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, nonché volte ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco;

la suddetta disposizione, di per se condivisibile, non prevede però nessun lasso di tempo entro il quale dette soluzioni tecniche per impedire automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, debbano essere rese operative. Al contrario invece la norma parla di «progressiva introduzione obbligatoria» di dette soluzioni tecniche, svuotando chiaramente la portata delle disposizioni, in quanto rimanda di fatto la sua piena attuazione a tempo indeterminato,

impegna il Governo

a prevedere che le soluzioni tecniche per il blocco dei giochi ai minori di cui in premessa, debbano essere rese operative entro il 31 dicembre 2013.

9/5440-AR/41. Messina, Di Giuseppe, Palagiano, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premesso che:

l'articolo 7 del disegno di legge in esame, dispone tra l'altro misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

in particolare, il comma 8 prevede il divieto d'ingresso ai minori di diciotto anni nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro, e il titolare dell'esercizio è tenuto ad identificare i minori mediante richiesta di esibizione di un documento di identità;

è inoltre prevista l'emanazione entro sei mesi di un decreto per la progressiva introduzione obbligatoria di soluzioni tecniche volte a bloccare automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, anche mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, nonché volte ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco;

la suddetta disposizione, di per se condivisibile, non prevede però nessun lasso di tempo entro il quale dette soluzioni tecniche per impedire automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, debbano essere rese operative. Al contrario invece la norma parla di «progressiva introduzione obbligatoria» di dette soluzioni tecniche, svuotando chiaramente la portata delle disposizioni, in quanto rimanda di fatto la sua piena attuazione a tempo indeterminato,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere che le soluzioni tecniche per il blocco dei giochi ai minori di cui in premessa, debbano essere rese operative entro il 31 dicembre 2013.

9/5440-AR/41. *(Testo modificato nel corso della seduta)*. Messina, Di Giuseppe, Palagiano, Paladini, Porcino. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 7 del disegno di legge in esame, dispone tra l'altro misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

il mercato del gioco è in forte crescita in Italia, complice la crisi economica e l'introduzione di nuove apparecchiature da intrattenimento: la raccolta giochi supera complessivamente gli 80 miliardi, mentre le entrate erariali superano i 9 miliardi;

un settore dal fatturato rilevante, quindi, nel quale l'intervento pubblico è giustificato dall'esigenza di sottrarlo alla criminalità organizzata, garantire legalità e trasparenza, ma il cui gettito ha raggiunto dimensioni tali da rendere difficile ogni intervento di ripianificazione della rete dei punti gioco, pena la riduzione delle entrate fiscali;

dopo il tabacco, anche il gioco d'azzardo vede contrapposti gli obiettivi di salute con gli obiettivi di gettito fiscale;

come riportato dalla relazione conclusiva dell'Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo, approvata dalla Commissione Affari sociali della Camera il 2 agosto 2012, «gli italiani spendono 1200 euro pro-capite all'anno per i giochi e l'universo dei giocatori è di 30 milioni di persone, delle quali, come riferito in primo luogo dall'associazione Libera ma ribadito anche da altri soggetti auditi, sono rischio di dipendenza circa 2 milioni mentre sono 800.000 i giocatori patologici. Se in Italia si stimano in 393.000 i tossicodipendenti, i giocatori patologici sono il doppio»;

l'articolo 1, comma 70, della legge 13 dicembre 2010 n. 220 (legge di stabilità 2011) prevedeva che «con decreto interdirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e del Ministero della salute sono adottate, d'intesa con la Conferenza unificata, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo». Detto decreto non è mai stato emanato,

impegna il Governo

a provvedere all'emanazione in tempi celeri del suddetto decreto per l'emanazione delle linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo.

9/5440-AR/42. Palomba, Mura, Di Giuseppe, Palagiano, Paladini, Porcino. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 4 del disegno di legge in esame interviene sulla dirigenza sanitaria e sul governo delle attività cliniche, con l'obiettivo di tentare di riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie;

in particolare per quanto riguarda la nomina da parte delle regioni dei direttori generali delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale, si prevede che le medesime regioni procedano alle nomine dei direttori generali, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei della stessa o di altre regioni, periodicamente aggiornati, e costituiti dopo una selezione effettuata da una Commissione costituita dalla regione;

i candidati alla nomina di Direttore generale, devono avere i seguenti requisiti: possesso di laurea magistrale; adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;

durante l'esame del provvedimento è stato soppresso il requisito – per i candidati a direttore

generale – dell'età anagrafica non superiore a 65 anni alla data della nomina;

al di là delle competenze professionali, è evidente che la soppressione di detto limite di età si pone di fatto, e inspiegabilmente, contro il ricambio generazionale nella gestione delle aziende sanitarie italiane,

impegna il Governo

a prevedere, attraverso opportuni interventi legislativi, che tra i requisiti che devono avere i candidati alla nomina di direttore generale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale, sia previsto il requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, alla data della nomina.

9/5440-AR/43. Paladini, Palagiano, Mura, Porcino. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 4 del disegno di legge in esame, interviene sulla dirigenza sanitaria e sul governo delle attività cliniche, con l'obiettivo di tentare di riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie;

in particolare si interviene anche sulle modalità di nomina dei direttori di struttura complessa (primari), rimettendo alle regioni la disciplina dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi di primariato. Vengono comunque stabiliti alcuni principi cui la regione è tenuta a conformarsi nella definizione della citata disciplina;

la selezione è effettuata da una Commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella stessa disciplina dell'incarico da conferire;

i candidati sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale (costituito dall'insieme di quelli regionali) di primari appartenenti al Servizio sanitario nazionale;

la norma prevede che almeno un componente la suddetta Commissione che dovrà effettuare la suddetta selezione per la nomina a primario, deve appartenere a una regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda;

è evidente, che se si vuole intervenire efficacemente per tentare di ridurre il condizionamento politico nella sanità, e in particolare nella nomina dei direttori generali e «in caduta» degli stessi primari, è utile – ma non certo sufficiente – prevedere che i tre direttori di struttura complessa componenti la Commissione che è tenuta a selezionare i candidati alla nomina di primario, non tacciano parte della regione dove ha sede l'azienda sanitaria interessata alla nomina medesima,

impegna il Governo

a valutare attentamente il merito e gli effetti della norma richiamata in premessa, al fine di adottare future iniziative normative volte a prevedere, che i previsti tre direttori di struttura complessa componenti la Commissione che è incaricata a selezionare i candidati alla nomina di primario, siano tutti impiegati da almeno tre anni in aziende o enti del servizio sanitario esterni alla regione interessata alla suddetta nomina.

9/5440-AR/44. Donadi, Palagiano, Zazzera, Paladini, Porcino. **(RITIRATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame – tra l'altro – dispone in merito alla dotazione e l'impiego, da

parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita;

la fibrillazione ventricolare è purtroppo causa di numerosi decessi sull'intero territorio nazionale, e la defibrillazione precoce rappresenta il sistema più efficace per garantire le maggiori percentuali di sopravvivenza;

è quindi indispensabile diffondere in modo capillare l'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni sul territorio nazionale anche a personale non sanitario, opportunamente formato, nella convinzione che l'utilizzo di tale apparecchiatura possa prevenire o quanto meno ridurre il numero di morti per arresto cardiocircolatorio;

il decreto del Ministero della Salute del 18 marzo 2011 relativo alla determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni, individua i criteri e le modalità per favorire la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni e fissa i criteri per l'utilizzazione delle risorse assegnate dalla legge finanziaria 2010;

l'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, (legge finanziaria 2010), ha inflitti autorizzato la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 proprio per favorire la diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

dall'anno 2013 non sono quindi più stanziati risorse per finanziare la diffusione l'installazione dei suddetti defibrillatori,

impegna il Governo

a prevedere eventualmente, fin dalla sessione di bilancio appena avviata, il rifinanziamento dell'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, in quanto indispensabile per consentire la effettiva diffusione sul territorio nazionale di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni.

9/5440-AR/45. Rota, Palagiano, Zazzera, Di Giuseppe, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame – tra l'altro – dispone in merito alla dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita;

la fibrillazione ventricolare è purtroppo causa di numerosi decessi sull'intero territorio nazionale, e la defibrillazione precoce rappresenta il sistema più efficace per garantire le maggiori percentuali di sopravvivenza;

è quindi indispensabile diffondere in modo capillare l'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni sul territorio nazionale anche a personale non sanitario, opportunamente formato, nella convinzione che l'utilizzo di tale apparecchiatura possa prevenire o quanto meno ridurre il numero di morti per arresto cardiocircolatorio;

il decreto del Ministero della Salute del 18 marzo 2011 relativo alla determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni, individua i criteri e le modalità per favorire la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni e fissa i criteri per l'utilizzazione delle risorse assegnate dalla legge finanziaria 2010;

l'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, (legge finanziaria 2010), ha inflitti autorizzato la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 proprio per favorire la diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

dall'anno 2013 non sono quindi più stanziare risorse per finanziare la diffusione l'installazione dei suddetti defibrillatori,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere eventualmente, fin dalla sessione di bilancio appena avviata, il rifinanziamento dell'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, in quanto indispensabile per consentire la effettiva diffusione sul territorio nazionale di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni.

9/5440-AR/45. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Rota, Palagiano, Zazzera, Di Giuseppe, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessi che:

il mercato del gioco è in forte crescita in Italia, complice la crisi economica e l'introduzione di nuove apparecchiature da intrattenimento: la raccolta giochi supera complessivamente gli 80 miliardi, mentre le entrate erariali superano i 9 miliardi;

un settore dal fatturato rilevante, quindi, nel quale l'intervento pubblico è giustificato dall'esigenza di sottrarlo alla criminalità organizzata, garantire legalità e trasparenza, ma il cui gettito ha raggiunto dimensioni tali da rendere difficile ogni intervento di ripianificazione della rete dei punti gioco, pena la riduzione delle entrate fiscali;

dopo il tabacco, anche il gioco d'azzardo vede contrapposti gli obiettivi di salute con gli obiettivi di gettito fiscale;

come riportato dalla relazione conclusiva dell'Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo, approvata dalla Commissione Affari sociali della Camera il 2 agosto 2012, «gli italiani spendono 1200 euro pro-capite all'anno per i giochi e l'universo dei giocatori è di 30 milioni di persone, delle quali, come riferito in primo luogo dall'associazione Libera ma ribadito anche da altri soggetti auditi, sono rischio di dipendenza circa 2 milioni mentre sono 800.000 i giocatori patologici. Se in Italia si stimano in 393.000 i tossicodipendenti, i giocatori patologici sono il doppio»;

L'articolo 7 del disegno di legge in esame, interviene – tra l'altro in materia di ludopatie e di giochi con vincite in denaro;

in particolare sono state introdotte disposizioni per limitare la pubblicità dei giochi con vincite in denaro con particolare riguardo alla tutela dei minori; vietare il gioco e l'accesso dei minori alle sale ovvero alle aree destinate al gioco; vietare il gioco *on-line* negli esercizi pubblici; esplicitare le probabilità di vincita e il rischio di dipendenza dal gioco; effettuare controlli mirati per verificare il rispetto di norme a tutela dei minori; obbligare i gestori di sale da gioco a esporre, all'ingresso e all'interno dei locali, il materiale informativo predisposto dalle ASL, diretto a evidenziare i rischi correlati al gioco; eccetera;

oltre a quanto suesposto le norme prevedono una progressiva dislocazione di punti di raccolta del gioco evitando la prossimità a luoghi sensibili (istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi);

il testo iniziale del provvedimento, come anticipata a settembre scorso dai *mass media*, prevedeva una distanza minima di 500 metri che i punti di gioco avrebbero dovuto avere da istituti scolastici, strutture sanitarie e ospedaliere, luoghi di culto, eccetera. Una versione successiva del decreto aveva previsto una riduzione da 500 a 200 metri di detta distanza minima;

il testo del disegno di legge in esame non prevede più alcuna distanza minima dai luoghi sensibili,

## impegna il Governo

a introdurre, con propri interventi legislativi, e nell'ambito della prevista ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco d'azzardo, il limite minimo di 500 metri dei luoghi deputati alla raccolta dei predetti giochi, dai luoghi sensibili quali istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi.

9/5440-AR/46. Monai, Di Giuseppe, Palagiano, Mura, Compagnon, Rondini, Paladini, Porcino.

**(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

un'indagine del 2011 condotta da Altroconsumo (associazione italiana per la tutela e difesa dei consumatori) in collaborazione con il «Q-tech Research and study Centre» dell'Università degli studi di Brescia ha evidenziato le conseguenze degli acquisti nel *web* di farmaci;

l'indagine è consistita in 64 prove d'acquisto *online* di un farmaco a base di fluoxetina, il generico del Prozac, un noto antidepressivo che agisce sul sistema nervoso centrale e la cui somministrazione deve avvenire sotto il controllo di un medico. È illegale venderlo senza ricetta del medico;

le analisi chimiche effettuate sulle pillole acquistate sul *web* hanno dato risultati molto preoccupanti, in particolare per la presenza di impurezze, oltre che di solventi e metalli inattesi (seppure in tracce);

l'indagine ha portato all'acquisto, con carta prepagata, del farmaco in 64 farmacie *online* facilmente rintracciate sul motore di ricerca *google.it*. L'acquisto è riuscito in 19 casi. E con successo, ovvero con reperimento del farmaco a un indirizzo di casella postale, solo in 13. Tra questi, si evidenziano anche un caso di doppio rinvio e uno di fermo in dogana;

oltre ai rischi, acquistare un farmaco online risulta essere spesso una perdita di tempo e denaro. Nel 31 per cento dei casi, infatti, dopo l'acquisto e il pagamento il farmaco non viene recapitato. E non sono previste modalità di rimborso. Il prezzo-affare, fra l'altro, che potrebbe tentare all'acquisto, molto spesso, secondo l'indagine, è un prezzo «civetta» dato che per una pillola che in farmacia costa 30 centesimi si arriva a pagare *online* anche 1 euro e 70 centesimi con le spese di spedizione;

i siti che vendono farmaci puntano su confidenzialità, rispetto della *privacy*, prezzi più bassi, qualità del prodotto, spedizione con tracciabilità, consegna in pochi giorni. Alcuni con spudoratezza rassicurano circa la legalità dell'acquisto di farmaci *online* e la possibilità di evitare il «filtro» del medico;

l'inchiesta dimostra che è un tipo di acquisto che offre zero garanzie e che i farmaci venduti *online* sono risultati quattro volte più cari rispetto alla farmacia e di scarsa qualità;

la vendita di farmaci *online* è illegale e nella maggior parte dei casi si punta sull'inganno dei minor costo e sulla qualità dei prodotti;

con molta probabilità possono incappare in tali acquisti persone in condizioni di difficoltà e di fragilità facilmente influenzabili,

## impegna il Governo

ad avviare una capillare azione di controllo e monitoraggio dei siti e delle farmacie *online* che vendono illegalmente farmaci, oltretutto scadenti, e provvedere al loro ritiro al fine di tutelare i consumatori e la loro salute.

9/5440-AR/47. Di Stanislao, Paladini, Porcino.



---

La Camera,

premessò che:

un'indagine del 2011 condotta da Altroconsumo (associazione italiana per la tutela e difesa dei consumatori) in collaborazione con il «Q-tech Research and study Centre» dell'Università degli studi di Brescia ha evidenziato le conseguenze degli acquisti nel *web* di farmaci;

l'indagine è consistita in 64 prove d'acquisto *online* di un farmaco a base di fluoxetina, il generico del Prozac, un noto antidepressivo che agisce sul sistema nervoso centrale e la cui somministrazione deve avvenire sotto il controllo di un medico. È illegale venderlo senza ricetta del medico;

le analisi chimiche effettuate sulle pillole acquistate sul *web* hanno dato risultati molto preoccupanti, in particolare per la presenza di impurezze, oltre che di solventi e metalli inattesi (seppure in tracce);

l'indagine ha portato all'acquisto, con carta prepagata, del farmaco in 64 farmacie online facilmente rintracciate sul motore di ricerca *google.it*. L'acquisto è riuscito in 19 casi. E con successo, ovvero con reperimento del farmaco a un indirizzo di casella postale, solo in 13. Tra questi, si evidenziano anche un caso di doppio rinvio e uno di fermo in dogana;

oltre ai rischi, acquistare un farmaco *online* risulta essere spesso una perdita di tempo e denaro. Nel 31 per cento dei casi, infatti, dopo l'acquisto e il pagamento il farmaco non viene recapitato. E non sono previste modalità di rimborso. Il prezzo-affare, fra l'altro, che potrebbe tentare all'acquisto, molto spesso, secondo l'indagine, è un prezzo «civetta» dato che per una pillola che in farmacia costa 30 centesimi si arriva a pagare *online* anche 1 euro e 70 centesimi con le spese di spedizione;

i siti che vendono farmaci puntano su confidenzialità, rispetto della *privacy*, prezzi più bassi, qualità del prodotto, spedizione con tracciabilità, consegna in pochi giorni. Alcuni con spudoratezza rassicurano circa la legalità dell'acquisto di farmaci *online* e la possibilità di evitare il «filtro» del medico;

l'inchiesta dimostra che è un tipo di acquisto che offre zero garanzie e che i farmaci venduti *online* sono risultati quattro volte più cari rispetto alla farmacia e di scarsa qualità;

la vendita di farmaci *online* è illegale e nella maggior parte dei casi si punta sull'inganno dei minor costo e sulla qualità dei prodotti;

con molta probabilità possono incappare in tali acquisti persone in condizioni di difficoltà e di fragilità facilmente influenzabili,

impegna il Governo

a proseguire nella capillare azione di controllo e monitoraggio dei siti e delle farmacie *online* che vendono illegalmente farmaci, oltretutto scadenti, e provvedere al loro ritiro al fine di tutelare i consumatori e la loro salute.

9/5440-AR/47. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Di Stanislao, Paladini, Porcino.

---

La Camera,

premessò che:

il provvedimento in titolo, composto da 16 articoli suddivisi in quattro Capi, procede ad un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, nonché al completamento della riqualificazione e razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica. Sono altresì previste misure urgenti su alcune

specifiche tematiche del settore sanitario;

in particolare, detto provvedimento, all'articolo 3-*bis*, inserito durante l'esame in Commissione, prevede l'istituzione di unità di *risk management* all'interno delle aziende ospedaliere e ospedaliere-universitarie, degli IRCSS di diritto pubblico, degli ospedali classificati e delle strutture di ricovero private accreditate, con il compito di individuare le situazioni e le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, di interagire con i soggetti coinvolti e con l'assicuratore nel caso in cui si verifichi un fatto che comporti l'attivazione della copertura assicurativa obbligatoria e di prestare consulenza in materia assicurativa;

inoltre, ulteriori competenze alla predetta unità di *risk management* possono essere attribuiti dalle Regioni;

infine, il citato articolo 3-*bis*, al comma 3, prevede che le regioni e le province autonome possono istituire: *a)* all'interno delle strutture sanitarie, unità operative di *risk management* che includano competenze di medicina legale, medicina del lavoro e ingegneria clinica; *b)* osservatori regionali dei contenziosi e degli errori nelle pratiche sanitarie con adeguate rappresentanze delle associazioni dei pazienti;

la norma citata è stata soppressa a seguito del rinvio in Commissione; sarebbe auspicabile la sua reintroduzione,

impegna il Governo

a dare seguito a quanto previsto nell'ultimo capoverso delle premesse, e a valutare l'opportunità di adottare ogni iniziativa, anche normativa, volta a prevedere l'emanazione di apposite linee guida da parte del Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, affinché siano rese omogenee le attività di monitoraggio e le procedure di prevenzione per la gestione del rischio clinico da parte delle «Unità di *risk management*», anche con riferimento alla metodologia da seguire riguardo l'accertamento, la rilevazione e la raccolta dei dati sugli eventi avversi, nonché relativamente all'indicazione delle cause che hanno portato all'evento avverso.

9/5440-AR/48. Cimadoro, Palagiano, Paladini, Porcino. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in titolo, composto da 16 articoli suddivisi in quattro Capi, procede ad un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, nonché al completamento della riqualificazione e razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica. Sono altresì previste misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario;

detto provvedimento, all'articolo 4, detta disposizioni in tema di dirigenza sanitaria e di governo clinico, recando modifiche ed integrazioni ad alcuni articoli del decreto legislativo n. 502 del 1992;

in particolare, il comma 1, lettera *d)* dell'articolo in questione, modifica il comma 7 dell'articolo 15 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, aggiungendo quattro nuovi commi (da 7-*bis* a 7-*quinquies*) a detto articolo;

in buona sostanza, detta lettera *d)*, introduce una nuova e specifica disciplina per la nomina di primario (direttore di struttura complessa) e di responsabile di struttura semplice, rimettendo alle Regioni la disciplina dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi di primariato, del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale, tenuto conto delle norme della contrattazione collettiva e previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità;

sono, altresì stabiliti alcuni principi cui la Regione è tenuta a conformarsi nella definizione

della citata disciplina. La selezione viene, infatti, compiuta da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella stessa disciplina dell'incarico da conferire;

infine, detta commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente e presenta al direttore generale una terna di candidati idonei, formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti, all'esito di un'analisi comparativa riguardante: i *curricula*; i titoli professionali posseduti; i volumi dell'attività svolta; l'aderenza al profilo ricercato; gli esiti di un colloquio,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare ogni iniziativa, anche normativa, volta a prevedere l'emanazione di un apposito decreto del Ministero della Salute che, ai fini della selezione degli incarichi di primariato, individui i criteri e le modalità per la definizione dei punteggi da attribuire ai titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati.

9/5440-AR/49. Mura, Monai, Paladini, Porcino. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in titolo, reca, tra l'altro, disposizioni in materia di farmaci, snellendo alcuni adempimenti finora richiesti per la produzione e l'immissione in commercio dei medicinali. Inoltre, si provvede ad assicurare, su tutto il territorio nazionale, l'erogazione e l'utilizzo uniforme dei medicinali innovativi di particolare rilevanza, garantendo la parità di trattamento di tutti gli assistiti nei vari ambiti regionali;

nella categoria dei farmaci innovativi, rientrano, seppur con proprie peculiarità, i cosiddetti «farmaci orfani». Si considerano infatti farmaci orfani (come definiti ai sensi del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999), i farmaci innovativi destinati al trattamento delle malattie rare e la cui produzione e commercializzazione, in mancanza di adeguati incentivi e a causa del numero limitato dei potenziali fruitori, non risultano sufficientemente remunerative da giustificare gli investimenti necessari;

le malattie rare (MR) costituiscono un settore particolarmente delicato di intervento dei sistemi solitari pubblici (SSP). Le MR sono un gruppo ampio di patologie (5-6.000 secondo OMS, ma il numero è destinato ad aumentare) per la maggior parte di origine genetica caratterizzate da bassa prevalenza nella popolazione, inferiore o uguale a 5 casi per 10.000 abitanti, secondo i criteri adottati dalla Unione Europea;

secondo stime della letteratura medica, le patologie con una soglia di 5/10.000 sembrano meno di 100, tutte le altre presentano una prevalenza di 1/100.000. Le MR oltre ad essere numerose sono anche molto eterogenee fra di loro sia nell'eziopatogenesi che nelle manifestazioni sintomatologiche. Sono tuttavia accomunate da una caratteristica estremamente importante dal punto di vista sociosanitario: la bassa prevalenza nella popolazione a cui spesso si associa (o ne può essere conseguenza) la difficoltà nell'effettuare una rapida e corretta diagnosi e nel trovare una adeguata terapia,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare ogni iniziativa di competenza, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, finalizzata ad incentivare la ricerca industriale sui farmaci orfani, anche attraverso apposite misure di defiscalizzazione delle spese sostenute dalle industrie per la ricerca e lo sviluppo di presidi e di farmaci per la diagnosi e il trattamento delle malattie rare.

9/5440-AR/50. Zazzera, Cimadoro, Paladini, Porcino. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in titolo, all'articolo 7, reca disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco e di bevande alcoliche, di misure di prevenzione per contrastare la ludopatia nonché disposizioni relative all'attività sportiva non agonistica;

in particolare, il comma 11 del citato articolo 7, prevede particolari obblighi relativi alla certificazione medica e ad idonei controlli, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale;

detto comma, in particolare, nel perseguire l'obiettivo di tutelare maggiormente la salute delle persone, stabilisce che, con apposito decreto del Ministero della Salute, venga introdotto l'obbligo di idonea certificazione medica per le persone sopra i 6 anni e maggiori controlli sanitari sui praticanti, escludendo tuttavia dall'applicazione del suddetto obbligo le attività di educazione fisica svolte durante l'orario scolastico;

considerato che, ad avviso dei firmatari del presente atto di indirizzo, non appare ragionevole scaricare sulle famiglie dei praticanti ovvero sulle società sportive di appartenenza per attività orientate a stili di vita corretti e salutari gli oneri derivanti dal costo della certificazione medica richiesta per l'attività sportiva non agonistica o amatoriale praticata dai minorenni,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi della disposizione citata in premessa, al fine di garantire, sempre e comunque, la gratuità della certificazione medica richiesta per l'attività sportiva non agonistica o amatoriale praticata dai minorenni, in analogia alla esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per gli accertamenti sul possesso di idoneità da parte dei giovani che si avviano all'attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche, disposto, da ultimo, dall'articolo 1 comma 4 della legge 724/1994.

9/5440-AR/51. Favia, Aniello Formisano, Zazzera, Mura, Di Giuseppe, Paladini, Porcino.  
**(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge 158/2012 in conversione procede ad una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario Nazionale;

tale riassetto presenta un profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e, più in generale, della contrazione delle risorse destinate al SSN, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del decreto legge n. 95/2012 cosiddetto *spending review*;

con il decreto in esame viene quindi operato un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* del personale dipendente del SSN ed adottate misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario;

la Commissione di merito Affari Sociali con una norma inserita durante l'esame in sede referente, aveva consentito ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi al 31 dicembre 2014, richiedere l'accesso al trattamento pensionistico in deroga alle attuali norme. Quest'ultima norma nasceva dall'esigenza di favorire il pensionamento per tutti gli addetti del SSN ed in particolare per coloro che ricoprono incarichi che nel tempo sono stati esternalizzati, ma solo per quelli che abbiano maturato i requisiti, come già previsto dal provvedimento sulla *spending review* articolo 2 comma 11 Legge 135 del 2012;

si tratta di cuochi, addetti alle pulizie, uscieri, guardie a carico delle strutture sanitarie, le cui mansioni sono state però affidate a società esterne;

in particolare la norma, soppressa a seguito del parere formulato dalla Commissione Bilancio, consentiva di assumere medici ed infermieri, uno ogni cinque addetti pensionati in linea con le altre misure finalizzate ad elevare gli standard qualitativi della sanità italiana; in sostanza si trattava di alleggerire economicamente il Sistema Sanitario Nazionale, pensionando quanti sono impossibilitati a svolgere il proprio lavoro, causa l'affidamento a terzi delle loro mansioni, a beneficio del bene primario della salute,

impegna il Governo

ad adottare le opportune iniziative normative tese a derogare la normativa relativa al pensionamento attualmente in vigore per i dei dipendenti del SSN con le logiche esposte in premessa al fine di assicurare standard qualitativi nella sanità italiana con medici e infermieri giovani.

9/5440-AR/52. Barani, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge 158/2012 in conversione procede ad una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario Nazionale;

tale riassetto presenta un profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e, più in generale, della contrazione delle risorse destinate al SSN, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del decreto legge n. 95/2012 cosiddetto *spending review*;

con il decreto in esame viene quindi operato un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* del personale dipendente del SSN ed adottate misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario;

la Commissione di merito Affari Sociali con una norma inserita durante l'esame in sede referente, aveva consentito ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi al 31 dicembre 2014, richiedere l'accesso al trattamento pensionistico in deroga alle attuali norme. Quest'ultima norma nasceva dall'esigenza permette di favorire il pensionamento per tutti gli addetti del SSN ed in particolare per coloro che ricoprono incarichi che nel tempo sono stati esternalizzati, ma solo per quelli che abbiano maturato i requisiti, come già previsto dal provvedimento sulla *spending review* articolo 2 comma 11 Legge 135 del 2012;

si tratta di cuochi, addetti alle pulizie, uscieri, guardie a carico delle strutture sanitarie, le cui mansioni sono state però affidate a società esterne;

in particolare la norma, soppressa a seguito del parere formulato dalla Commissione Bilancio, consentiva di assumere medici ed infermieri, uno ogni cinque addetti pensionati in linea con le altre misure finalizzate ad elevare gli standard qualitativi della sanità italiana; in sostanza si trattava di alleggerire economicamente il Sistema Sanitario Nazionale, pensionando quanti sono impossibilitati a svolgere il proprio lavoro, causa l'affidamento a terzi delle loro mansioni, a beneficio del bene primario della salute,

impegna il Governo

ad adottare le opportune iniziative normative volte a favorire l'ingresso nella sanità italiana di medici e infermieri giovani.

9/5440-AR/52. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Barani, Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge 158/2012 in conversione procede ad una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario Nazionale;

con il decreto in esame viene operato un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* e del personale dipendente del SSN ed adottate misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario;

in particolare vengono introdotte nuove norme sugli strumenti di valutazione di cui all'articolo 15, comma 5, del decreto legislativo 502/1992, e nello specifico il nuovo comma 7-*quinquies* vieta l'utilizzazione di contratti a tempo determinato, di cui all'articolo 15-*septies* del decreto legislativo 502/1992, per il conferimento dell'incarico di struttura complessa;

l'articolo 15-*septies* richiamato consente ai direttori generali di conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo,

impegna il Governo

a valutare che la disposizione del nuovo comma 7-*quinquies* non si applichi per il rinnovo dei contratti sanitari già in essere all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, anche al fine di non creare possibili disservizi ai cittadini.

9/5440-AR/53. Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge 158/2012 in conversione procede ad una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario Nazionale;

con il decreto in esame viene operato un riassetto del sistema delle cure territoriali, di alcuni aspetti della *governance* e del personale dipendente del SSN ed adottate misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario;

in particolare vengono introdotte nuove norme sugli strumenti di valutazione di cui all'articolo 15, comma 5, del decreto legislativo 502/1992, e nello specifico il nuovo comma 7-*quinquies* vieta l'utilizzazione di contratti a tempo determinato, di cui all'articolo 15-*septies* del decreto legislativo 502/1992, per il conferimento dell'incarico di struttura complessa;

l'articolo 15-*septies* richiamato consente ai direttori generali di conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile

dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo,

impegna il Governo

a valutare che la disposizione del nuovo comma 7-*quinquies* non si applichi per i contratti sanitari già in essere all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, anche al fine di non creare possibili disservizi ai cittadini.

9/5440-AR/53. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Girlanda.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame contiene misure per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

quasi 50 anni fa ha avuto inizio in Italia la mobilitazione di cittadini e di lavoratori per bandire l'amianto e i suoi effetti nocivi;

soltanto nel 1992, dopo molti decenni di attività di sensibilizzazione, è stata approvata la legge 27 marzo 1992, n. 257 «Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto», che prevede essenzialmente:

il divieto di estrazione, lavorazione e commercializzazione dell'amianto;

la bonifica degli edifici, delle fabbriche e del territorio;

misure per la tutela sanitaria e previdenziale dei lavoratori ex esposti all'amianto;

misure per il risarcimento degli stessi e per il riconoscimento della qualifica di malattia professionale e del danno biologico;

dal 1992 ad oggi, la predetta legge è stata soltanto parzialmente attuata, in particolare per ciò che concerne la mappatura della presenza di amianto e la relativa bonifica nonché per quanto concerne l'individuazione dei siti di discarica o le modalità di trattamento del materiale rimosso;

di fatto in tutto il Paese si continua a rinvenire amianto in manufatti ancora in opera, soprattutto in grandi impianti a servizio di processi produttivi, navi e traghetti, oltre che negli ambienti di vita pubblica (scuole, ospedali e altri edifici aperti al pubblico);

materiale contenente amianto è presente anche negli edifici privati e che, dunque, si rende necessario incentivarne la bonifica;

tale situazione acclarata rappresenta l'evidenza che sia la popolazione lavorativa che anche la popolazione generale continua ad essere esposta ad una fonte di grave rischio per la salute;

la concretizzazione del rischio di esposizione ad amianto comporta nelle persone esposte l'insorgere delle cosiddette patologie asbesto-correlate che si manifestano sotto forma di mesotelioma, tumore al polmone, alla laringe, all'ovaio, ecc. come tra l'altro accertato dalla sentenza del 13 febbraio 2012 emessa dal Tribunale di Torino con la quale sono stati condannati i massimi vertici della multinazionale elvetica Eternit per disastro ambientale doloso e omissione dolosa di cautele antinfortunistiche, per aver provocato drammatici tassi di mortalità e di diffusione di patologie asbesto correlate nei lavoratori e negli abitanti di Casale Monferrato, sede per ottant'anni dell'omonima azienda specializzata nella produzione di manufatti contenenti amianto;

un fenomeno la cui vastità e gravità è testimoniata dai dati derivanti dalla perimetrazione dei siti di interesse nazionale, che ne individuano 57 su tutto il territorio nazionale, con il coinvolgimento di oltre 300 comuni e con una superficie interessata pari a 1.800 km<sup>2</sup> di aree marine, lagunari e lacustri e 5.500 km<sup>2</sup> di aree terrestri;

secondo stime del Registro nazionale mesoteliomi sono circa 3.000 ogni anno le persone che nel nostro Paese perdono la vita in seguito a patologie asbesto correlate (con un tasso di

incidenza di mesotelioma pleurico che per il 2004 risulta essere di 3.49 casi per 100.000 abitanti per gli uomini e di 1.25 per le donne), e che circa il 30 per cento dei casi sono attribuibili ad esposizione non professionale;

tali dati già di per se estremamente allarmanti non tengono conto delle cosiddette «vittime attese» poiché, visti i tempi lunghi di incubazione, si presume che il picco della mortalità per le patologie correlate all'amianto si raggiungerà intorno al 2020;

tale dato epidemiologico è di estrema gravità ed impone che si dia corso al più presto al processo nazionale e complessivo di «fuoriuscita dall'amianto» sia per la popolazione lavorativa che per la popolazione generale;

l'intero processo nazionale di fuoriuscita dall'amianto deve avere un approccio sistemico e seguire almeno quattro filoni:

bonifiche ambientali compresa la rete acquedottistica ove presenti tubazioni in cemento-amianto;

controllo della esposizione della popolazione generale nei punti geografici di evidente crisi;

sorveglianza degli esposti ed ex-esposti professionali;

codificazione del percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate;

il percorso di fuoriuscita dall'amianto deve prevedere anche il supporto a linee di ricerca epidemiologica, patogenetica, di diagnosi precoce e di terapia delle patologie asbesto-correlate;

dal 22 al 24 novembre prossimi, a Venezia sarà organizzata la Seconda Conferenza Nazionale sull'amianto, alla quale prenderanno parte i centri di ricerca, le Regioni e le associazioni delle famiglie e dei famigliari delle vittime, che è stata presentata a Casale Monferrato il 17 settembre scorso;

l'Associazione Familiari e Vittime Amianto di Casale Monferrato insieme alle organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL ha fatto pervenire di recente all'attenzione dei Ministeri competenti una nota con la quale richiede:

l'attivazione di un tavolo di concertazione nazionale teso ad ottenere la piena applicazione della sentenza del Tribunale di Torino anche a fronte del rifiuto opposto dagli imputati al pagamento delle provvisori;

la garanzia dei necessari flussi finanziari per completare la bonifica territoriale che ha riguardato finora circa il 50 per cento del territorio interessato (48 Comuni del casalese – Sito di Interesse Nazionale);

il rilancio dell'indispensabile lavoro di coordinamento e rafforzamento della ricerca a livello nazionale ed internazionale, partendo dalla peculiarità del territorio casalese e della regione Piemonte;

in ogni caso, occorre recuperare il ritardo nell'attuazione del Fondo per le vittime dell'amianto con l'obiettivo di un progressivo ampliamento della platea anche alle vittime non assicurate presso l'INAIL ovvero alle vittime alle quali l'INAIL medesimo non abbia riconosciuto inabilità superiore al 16 per cento;

si rende necessario ricondurre ad un testo unico armonizzato l'insieme della normativa di settore fin qui emanata,

impegna il Governo:

ad attivare le iniziative necessarie per concretizzare quanto richiesto dall'Associazione Familiari e Vittime dell'Amianto di Casale Monferrato come in premessa specificato;

a realizzare in tempi ravvicinati le iniziative per accelerare il processo nazionale di fuoriuscita dall'amianto, attraverso:

un dispositivo normativo che pianifichi la fuoriuscita dall'amianto anche attraverso la predisposizione di un apposito testo unico legislativo che riunifichi e armonizzi tutta la normativa in tema di amianto;



il completamento della mappatura delle fonti di esposizione ad amianto ovvero dei siti con presenza di MCA sia friabile che compatto;  
realizzare la mappatura delle reti acquedottistiche con tubazioni in cemento-amianto;  
prosecuzione delle opere di bonifica ambientale dei Siti di Interesse Nazionale SIN con presenza di amianto e degli edifici al servizio del pubblico con priorità a scuole e strutture sanitarie;  
il riordino e il rafforzamento delle misure di incentivazione – attraverso sgravi fiscali – della bonifica di manufatti di amianto presenti in proprietà private;  
un'intesa con le Regioni e le Province autonome volta a concordare le modalità di regolamentazione delle «micro-raccolte di amianto» anche con il coinvolgimento delle aziende municipalizzate locali di raccolta rifiuti;  
l'individuazione in ogni regione dei siti di discarica del materiale rimosso;  
un'intesa con le Regioni e le Province autonome volta a concordare le modalità di sorveglianza sanitaria della popolazione generale soggiornante nelle aree di crisi e della popolazione degli esposti ed ex esposti lavorativi nonché il percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate;  
la promozione di attività di ricerca epidemiologica, patogenetica, di diagnosi precoce e di terapia delle patologie asbesto-correlate;  
una revisione dell'operatività del Fondo per le vittime dell'amianto con l'obiettivo di un progressivo ampliamento della platea anche alle vittime non assicurate presso l'INAIL ovvero alle vittime alle quali l'INAIL medesimo non abbia riconosciuto inabilità superiore al 16 per cento;  
il recepimento del rapporto finale del Gruppo di Studio (ex DM 8 aprile 2008) del Ministero della Salute.

9/5440-AR/54. Lovelli. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premesso che:

il Gap – gioco d'azzardo patologico costituisce una vera e propria patologia ed una forma di dipendenza che, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, dovrebbe essere inserita nei Livelli essenziali di assistenza, in modo tale da garantire un percorso di prevenzione, cura e riabilitazione per coloro i quali ne sono diventati dipendenti;

con circa un milione e mezzo di persone dipendenti (dei quali almeno cinquecento mila giovani) nel nostro Paese la ludopatia è diventata ormai una emergenza sociale con conseguenze a volte disastrose per le famiglie, specie in tempi di crisi come l'attuale, ove il ricorso compulsivo al gioco d'azzardo e alle scommesse può arrivare a sottrarre ai consumi ordinari o addirittura di prima necessità un enorme massa di denaro;

la pubblicità del gioco d'azzardo è, per sua stessa natura, ingannevole dal momento che, per la legge dei grandi numeri, più a lungo un individuo gioca, più denaro, in media, egli perderà e che per numerosi giochi come le *slot machine*, il gratta e vinci eccetera non esistono strategie basate sulla matematica e nemmeno sul buon senso;

la ludopatia deve essere trattata al pari di altre dipendenze (ad esempio, la dipendenza da tabacco) ove la legislazione prevede un esplicito divieto di propaganda pubblicitaria,

impegna il Governo

a monitorare attentamente sull'effettiva osservanza delle restrizioni, dei limiti e dei divieti introdotti nell'ambito della pubblicità dei giochi d'azzardo, delle scommesse e delle lotterie nazionali autorizzati dall'autorità pubblica, nonché ad intervenire tempestivamente e con la massima severità allorché nelle campagne pubblicitarie sia chiaramente visibile la percentuale di probabilità di vincita.

9/5440-AR/55. Compagnon, Calgaro, Binetti, Poli, Nunzio Francesco Testa, De Poli.  
(ACCETTATO)

---

La Camera,  
premessò che:

il provvedimento in esame, modificando l'articolo 3, comma 1-*quater* del decreto legislativo n. 502/1992, inerente l'Organizzazione delle unità sanitarie locali dispone che sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale;

la figura del direttore generale nel tempo ha dimostrato oggettivi limiti operativi nella gestione delle aziende per multiformi competenze dove la figura monocratica nell'espansione delle competenze si è rivelata un organismo non sufficientemente garantista;

il valore di un'azienda dipende in gran parte dal patrimonio di competenze e di qualità possedute dalle persone e dalla capacità di dotarsi di modelli organizzativi coerenti con la *mission* aziendale e di talenti di vari collaboratori;

vi è la necessità di prevedere un organismo più ampio e rappresentativo delle specifiche realtà territoriali,

invita il Governo

a valutare la possibilità di mettere in atto tutte le procedure opportune e mirate ad istituire un comitato di gestione nominato dall'assemblea dei sindaci del territorio servito dalla struttura sanitaria, al fine di dare una maggiore rappresentanza alle esigenze di pazienti e di tutto il personale sanitario nelle differenti realtà territoriali.

9/5440-AR/56. Tassone. (ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)

---

La Camera,  
premessò che:

il decreto dispone all'articolo 12, in merito alle funzioni attribuite ai Comitati etici. Il decreto legislativo n. 288 del 2003 precisa natura e finalità degli IRCCS: «Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo *standards* di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità»;

gli IRCCS sono centri di eccellenza riconosciuti che svolgono attività di ricerca scientifica biomedica, di cui sono tenuti a garantire un elevato livello, trasferendone altresì i risultati a favore del Servizio Sanitario nazionale, e si può dire che rappresentino la punta più avanzata del sistema assistenziale italiano come ponte tra Università ed Enti di Ricerca, da una parte, ed Aziende Sanitarie Locali dall'altra;

gli IRCCS svolgono un ruolo extraterritoriale, avendo ampi bacini di affluenza che trascendono non solo i confini provinciali ma addirittura regionali. Per le caratteristiche proprie degli IRCCS (alta specializzazione, ruolo extraterritoriale, prevalente ricerca clinica e traslazionale) la valutazione delle ricerche svolte in essi non può essere demandata ad un Comitato Etico regionale unico (o ad un Comitato Etico su base provinciale),

impegna il Governo

a valutare la possibilità di mantenere un Comitato Etico specifico per ciascun IRCCS che possa garantire competenze scientifiche e cliniche adeguate alla complessità delle ricerche proposte, consentendo in tal modo un risparmio reale di tempo per l'attuazione delle ricerche e favorendo la creazione di reti territoriali per patologia, efficienti ed uniformi.

9/5440-AR/57. Volontè, Binetti, Nunzio Francesco Testa, Calgaro. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il decreto in esame reca interventi sul procedimento di classificazione dei medicinali erogati dal SSN disponendo che le aziende farmaceutiche possono presentare domande di concedibilità soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dello stesso medicinale. In attesa di un'eventuale domanda di diversa classificazione da parte dell'azienda interessata, i medicinali che ottengono un'AIC comunitaria o nazionale sono automaticamente collocati in un'apposita sezione dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità e classificati nei medicinali di Fascia C, interamente a carico dell'assistito;

per la cura di alcune malattie, ad esempio dell'epilessia, si utilizzano farmaci rari e costosi e, pur essendo presenti sul mercato farmaci generici, per la maggioranza dei malati è difficile rinunciare al farmaco di marca o passare da un generico ad un altro meno costoso senza rischiare un peggioramento delle crisi epilettiche;

i malati di epilessia vivono oggi il paradosso di dover sborsare un contributo salato per potersi curare. La lega italiana contro l'epilessia ha lanciato l'allarme, dal momento che il taglio alla spesa sanitaria e l'indicazione preferenziale per il farmaco generico ha messo a carico del malato la differenza del costo;

la riforma dell'assistenza farmaceutica proposta nel decreto, pur avendo finalità condivisibili, finirebbe per impedire o complicare l'accesso a farmaci insostituibili per alcune patologie gravi e croniche. Nel caso specifico, si tratta di alcuni farmaci anti-epilettici, ma l'eccezione potrebbe riguardare altri specifici prodotti;

è vero che esistono ritrovati senza marchio, però, esistono pazienti epilettici, in cura da molti anni con farmaci brand, in cui è molto difficile passare dal medicinale di marca a quello generico, oppure da un generico all'altro, senza rischiare un peggioramento delle crisi epilettiche,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di venire incontro ai malati con patologie gravi e rare, in particolare modo ai malati epilettici, anche attraverso futuri provvedimenti legislativi in grado di predisporre misure che garantiscano loro agevolazioni sull'acquisto dei farmaci e dei presidi necessari a fronteggiare la patologia anche attraverso eventuali correzioni alla norma che regola la previsione di farmaci generici per patologie altamente invalidanti come appunto l'epilessia.

9/5440-AR/58. Nunzio Francesco Testa, De Poli, Binetti, Calgaro, Delfino.

---

La Camera,

premessi che:

i malati di epilessia vivono oggi il paradosso di dover sborsare un contributo salato per potersi curare. La lega italiana contro l'epilessia ha lanciato l'allarme, dal momento che il taglio alla spesa sanitaria e l'indicazione preferenziale per il farmaco generico ha messo a carico del malato la differenza del costo,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di venire incontro ai malati con patologie gravi e rare, in particolare modo ai malati epilettici, anche attraverso futuri provvedimenti legislativi in grado di predisporre misure che garantiscano loro agevolazioni sull'acquisto dei farmaci e dei presidi necessari a fronteggiare la patologia anche attraverso eventuali correzioni alla norma che regola la previsione di farmaci generici per patologie altamente invalidanti come appunto l'epilessia.

9/5440-AR/58. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Nunzio Francesco Testa, De Poli, Binetti, Calgaro, Delfino.

---

La Camera,  
premessi che:

il decreto-legge in esame prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riguardo alle malattie croniche, alle malattie rare, e alla ludopatia;

al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, nel rispetto dell'invarianza finanziaria è previsto l'aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche e rare, e l'individuazione delle prestazioni per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da ludopatia;

la sensibilità chimica multipla è una rara malattia ambientale non ancora riconosciuta nel nostro paese. È una malattia autoimmunoinfiammatoria, colpisce il sistema nervoso centrale e a seconda dell'individuo e del metabolismo attacca indistintamente qualsiasi organo;

la MCS colpisce tra l'1,5 e il 3 per cento della popolazione, ed è causa di moltissime patologie disabilitanti che interessano vari sistemi fisiologici: sistema renale; gli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, tegumentario, sistema neurologico, sistema muscolo scheletrico ed endocrino-immunitario, bastano pochi anni perché i sintomi della MCS diventino cronici,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di prevedere, nell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute, anche le persone affette da sensibilità chimica multipla.

9/5440-AR/59. Dionisi, Binetti, De Poli, Nunzio Francesco Testa, Calgaro, Delfino.  
**(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

il decreto prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riguardo alle malattie croniche e alle malattie rare che rappresentano un esteso gruppo di patologie, circa 7-8 mila, che si caratterizzano per la bassa diffusione nella popolazione. Secondo la normativa europea regolamento (CE) n. 141/2000 sono definite rare quelle affezioni che colpiscono non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti;

negli ultimi anni, anche grazie alla continua attività di sensibilizzazione portata avanti dalle associazioni dei pazienti, sono stati raggiunti importanti risultati per sopperire alle esigenze di coloro che sono affetti da patologie rare, con la Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento e del Consiglio Europeo, è stato adottato un Programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione della sanità pubblica per il quadriennio 1999-2003. Sempre a livello europeo, nel 2000 è stato pubblicato il Regolamento n. 141/2000 concernente i medicinali orfani con

l'istituzione della procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano. Per svolgere questa attività è stato istituito nell'ambito dell'European Medicines Agency (EMA) il Committee for Orphan Medicinal Products (COMP);

le amministrazioni regionali non differenziano i farmaci orfani all'interno delle loro delibere attuative e di indirizzo, creando così ulteriori difficoltà (quali limitazioni nella dispensazione del medicinale e non solo della prescrizione) ai pochi, talvolta addirittura unici, centri di riferimento regionali,

impegna il Governo

a prevedere una adeguata semplificazione delle procedure che autorizzano la messa in commercio di farmaci orfani, nel rispetto dei principi generali del settore e a prevedere il sostegno del Governo ad iniziative normative quali ad esempio: l'esenzione dei diritti da versare per l'immissione in commercio, così come previsto in più di una occasione nelle mozioni discusse ed approvate in Aula in testo unitario.

9/5440-AR/60. De Poli, Nunzio Francesco Testa, Binetti, Calgaro. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il decreto legge in esame dispone che le regioni provvedano all'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali;

come è noto la riforma delle professioni sanitarie non è stata ancora completata nella parte che prevede l'evoluzione degli attuali collegi in ordini e l'istituzione di albi ed ordini per le 17 professioni che ne siano sprovviste; il ddl che tende a realizzare quest'obiettivo è ancora all'esame dell'Aula del Senato e, considerati i tempi ristretti di questa legislatura, appare difficile la sua approvazione;

la necessità dell'iscrizione obbligatoria in Albi degli esercenti le Professioni Sanitarie è nota e condivisa, basti citare l'approvazione all'unanimità della L. 43/2006, che prevedeva delega al Governo per l'istituzione di detti Albi, delega che non fu agita nei tempi consentiti dalla norma;

negli ultimi anni, l'evoluzione dei processi riguardanti le Professioni regolamentate, già in atto, rendono tale necessità ancora più attuale e cogente nei tempi di realizzazione;

il sistema di Educazione Continua in Medicina, che rappresenta un valore assoluto per il Sistema italiano della Salute e delle Professioni, prevede ad esempio che siano Ordini e Collegi a certificare l'adempimento degli obblighi formativi da parte dei professionisti iscritti. Il problema in questo ambito sorge quindi per le professioni che non hanno l'obbligo di iscrizione ad un Albo; nei confronti di questi professionisti, qualora non iscritti nemmeno ad Associazioni rappresentative, non è possibile alcuna certificazione dei crediti ECM conseguiti né l'erogazione di sanzioni disciplinari, previste dalla recentissima modifica normativa proprio per il mancato adempimento di tali obblighi (vedasi allegati: nota AGENAS, accordo Stato-Regioni);

altrettanto dicasi, inoltre, per le esigenze della Giustizia e dei Tribunali, dei quali riportiamo doglianze per l'impossibilità di poter disporre, nei percorsi procedurali, delle valutazioni periziali da parte di CTU competenti per professione, per responsabilità professionale ed ambito disciplinare, sempre a causa dell'assenza degli Albi professionali che detto emendamento mira ad istituire, completando il quadro normativo di queste Professioni,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di promuovere il riordino delle professioni sanitarie attraverso l'istituzione dei rispettivi ordini e albi e a facilitare l'attivazione di albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che ne siano sprovviste e a modificare la denominazione da collegio ad ordine per le professioni vigilate dal Ministero della Salute in considerazione della loro evoluzione formativa ed ordinamentale.

9/5440-AR/61. Binetti, Nunzio Francesco Testa, Calgaro, De Poli. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

si lamentano forti ritardi se non il completo diniego al rilascio delle autorizzazioni di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da parte delle regioni;

queste limitazioni colpiscono soprattutto quelle strutture che non erogano servizi in regime ospedaliero, ambulatoriale o residenziale per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale;

non si comprendono quindi le motivazioni di tale limitazione da parte delle regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario anche perché il citato decreto legislativo 502/92 prevede che il rilascio di autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie avvenga dietro verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla disciplina vigente,

impegna il Governo

a sollecitare, interessando gli enti regione, la rimozione delle cause ostative, ove presenti, o che ritardano il rilascio delle autorizzazioni alle strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie nel rispetto dei vincoli imposti dal decreto legislativo 502/92.

9/5440-AR/62. Anna Teresa Formisano, Dionisi, Calgaro.

---

La Camera,

premessi che:

si lamentano forti ritardi se non il completo diniego al rilascio delle autorizzazioni di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da parte delle regioni;

queste limitazioni colpiscono soprattutto quelle strutture che non erogano servizi in regime ospedaliero, ambulatoriale o residenziale per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale;

non si comprendono quindi le motivazioni di tale limitazione da parte delle regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario anche perché il citato decreto legislativo 502/92 prevede che il rilascio di autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie avvenga dietro verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla disciplina vigente,

impegna il Governo

a sollecitare il rilascio delle autorizzazioni alle strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie nel rispetto dei vincoli imposti dal decreto legislativo 502/92.

9/5440-AR/62. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Anna Teresa Formisano, Dionisi, Calgaro.

---

La Camera,

premessi che:

la libera professione intra-moenia rappresenta, quando correttamente attuata, uno strumento di valorizzazione della libertà del rapporto medico-paziente e di riconoscimento e misura del merito e delle capacità del sanitario, nonché una fonte di gettito potenzialmente non irrilevante per l'organizzazione sanitaria e per il fisco;

la crisi economica e la conseguente rilevante diminuzione del finanziamento del SSN sta causando serie difficoltà a mantenere la qualità e la fruibilità delle prestazioni all'interno di un SSN che continua ad essere uno dei migliori del mondo;

la riforma del titolo V della costituzione ha reso sempre più difficile per il governo garantire il rispetto uniforme dei LEA su tutto il territorio nazionale;

è sempre più diffusa la sensazione che ci si trovi di fronte a servizi sanitari diversi nelle diverse regioni italiane e che vi siano situazioni in cui la lunghezza delle liste di attesa renda davvero difficile per i cittadini fruire di servizi anche essenziali,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di individuare, previo accordo in sede di conferenza stato-regioni, il meccanismo più adeguato per limitare o sospendere la libera professione intra-moenia per i professionisti della sanità nelle cui unità operative o servizi, tenendo conto dei carichi di lavoro, degli organici, della disponibilità di sale operatorie e di ambulatori e di eventuali ulteriori criteri, le liste di attesa per visite, prestazioni ambulatoriali ed interventi operatori assuma caratteristiche ritenute «patologiche» rispetto a parametri di riferimento opportunamente individuati.

9/5440-AR/63. Calgaro, Binetti, Nunzio Francesco Testa. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

l'endometriosi è una malattia uterina cronica e complessa, che colpisce circa tre milioni di donne italiane, originata dalla presenza anomala dell'endometrio, il tessuto che riveste la parete interna dell'utero, in altri organi quali ovaie, tube, peritoneo, vagina, intestino;

l'endometriosi agisce in modo progressivo ed è di difficile individuazione, motivo per il quale si calcola che sia diagnosticata in media nove anni dopo il suo emergere, quando circa il 75-80 per cento delle donne da essa colpite sono ormai soggette a numerosi sintomi e quando la malattia ha raggiunto una considerevole gravità e cronicizzazione;

la sintomatologia è la provocazione di sanguinamenti interni, infiammazioni croniche e tessuto cicatriziale, aderenze, infertilità, dolore addominale e pelvico cronico, affaticamento cronico, aumento dell'infiammazione a carico delle mucose, colite, forte incidenza di aborti spontanei ed altro;

considerato che:

l'endometriosi rappresenta una malattia quasi sempre dell'età feconda e delle giovani donne, che si verifica eccezionalmente prima della pubertà e tende a regredire nella menopausa;

la scarsa informazione porta spesso le stesse donne a sottovalutare tale patologia imputandola ad una esagerazione dei sintomi;

verificato che:

un'anamnesi approfondita della paziente può concorrere ad effettuare una prima diagnosi, seppur non definitiva, in quanto la diagnosi di endometriosi può essere effettuata con certezza solo attraverso la laparoscopia, un esame chirurgico esplorativo in anestesia totale;

altri esami che possono fare sospettare la presenza di endometriosi sono l'ecografia ovarica trans vaginale, il dosaggio del Ca125 (esame aspecifico) e la visita manuale;

diverse teorie sono state formulate per spiegare le cause dell'endometriosi, ma nessuna di tali teorie sembra riuscire a fornire una risposta definitiva al problema;

preso atto che:

il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, come integrato e modificato dal decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296, non include l'endometriosi tra le malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124;

il Parlamento europeo in data 19 aprile 2004 ha adottato la delibera n. 30/2004 con cui, riconosce l'endometriosi come uno stato clinico che, nell'Unione europea, colpisce una donna su dieci; la stessa deliberazione rileva come nell'Unione europea l'onere annuale dei congedi per malattia dovuti a tale affezione viene stimato in 22,5 miliardi di euro;

l'Unione europea ha pertanto invitato i governi nazionali degli stati membri a promuovere giornate nazionali dell'endometriosi, e la Commissione europea a inserire la prevenzione dell'endometriosi nei futuri programmi d'azione comunitari per la salute pubblica, in modo da incrementarne la ricerca delle cause, la prevenzione e la cura;

tenuto conto che:

il 18 gennaio 2006 la Commissione affari sociali, igiene e sanità del Senato ha approvato la relazione conclusiva dell'indagine conoscitiva sul fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale, nella quale sono stati individuati, quali obiettivi prioritari di intervento per il prossimo quadriennio, l'attuazione di percorsi di esenzione per la fruizione di trattamenti farmacologici in particolare per le terapie croniche (contraccettivi orali, GnRH-analoghi e farmaci sintomatici), e la creazione di un pacchetto di sostegno per le donne con forme particolarmente severe o recidivanti, che preveda: indagini diagnostiche di controllo gratuite; farmaci e presidi necessari esentati; tutela generale della donna affetta dalla patologia e del suo desiderio di maternità e un grado di invalidità rientrante nella legge n. 104 del 1989 nei casi di grave compromissione dello stato di salute psico-fisica della paziente pluritrattata chirurgicamente, in presenza di recidive di rilievo e con dolore pelvico cronico resistente,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità, al fine di sostenere e tutelare le donne affette da tale patologia:

di includere l'endometriosi tra le malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dal costo delle compartecipazioni alle prestazioni sanitarie correlate ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999, e successive integrazioni e modificazioni, essendo prioritario intervenire soprattutto in termini di spese necessarie durante il decorso della malattia;

di intraprendere azioni adeguate a porre rimedio alle eventuali ripercussioni negative sull'attività lavorativa delle donne che siano affette dalla suddetta patologia che può, appunto provocare effetti invalidanti;

di assumere iniziative al fine di incrementare l'attività di ricerca, prevenzione, assistenza relativamente alla malattia dell'endometriosi.

9/5440-AR/64. Rubinato, Miotto, Mattesini, De Pasquale. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 5, comma 12, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, concernente le visite mediche di controllo dei



lavoratori, dispone che «per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori l'Istituto nazionale della previdenza sociale, sentiti gli ordini dei medici, istituisce presso le proprie sedi liste speciali forniate da medici, a rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e da medici liberi professionisti, ai quali possono fare ricorso gli istituti previdenziali o i datori di lavoro»;

con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale del 18 aprile 1996 è stata dettata la disciplina delle visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dei medici iscritti nelle liste speciali dell'INPS; in particolare, sono stati disciplinati i criteri per la riorganizzazione delle liste (articolo 2), l'iscrizione nelle stesse (articolo 3), la loro definizione (articolo 4) e la reintegrazione nelle suddette liste (articolo 11);

il comma 1 dell'articolo 6 del suddetto decreto ha stabilito condizioni di incompatibilità particolarmente restrittive;

l'articolo 16 dello stesso ha, infine, stabilito che «l'Istituto nazionale della previdenza sociale e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri si incontreranno, con cadenza quadriennale, al fine di definire le eventuali proposte per il rinnovo della disciplina di cui al presente decreto»;

il decreto ministeriale 12 ottobre 2000, nell'aggiornare la predetta normativa, ha stabilito all'articolo 1 che «fino all'eventuale diversa disciplina della materia sono confermati i medici inseriti nelle liste speciali costituite ai sensi del decreto ministeriale 18 aprile 1996 ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente decreto»;

infine, il decreto ministeriale 8 maggio 2008, ha confermato la disciplina contenuta nei precedenti decreti, ivi compresa la consistenza numerica dei medici iscritti nelle liste alla data del 31 dicembre 2007 e la procedura per la reintegrazione delle stesse, mentre veniva rimodulata la disciplina dei compensi, stante il tempo trascorso dall'ultimo rinnovo;

nelle premesse al decreto del 2008, si precisava tuttavia che «al fine di pervenire ad una regolazione del contenuto e delle modalità di esplicazione del rapporto tra l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) ed i medici iscritti nelle liste speciali di cui all'articolo 5, comma 12, della legge n. 638 del 1983, più rispondente alle esigenze della qualità del servizio reso all'Istituto e a quelle professionali dei medici di controllo, si rende indilazionabile l'adozione di iniziative legislative di adeguamento del quadro normativo che finora ha regolato la specifica materia»;

i medici inseriti nelle liste speciali e in servizio da oltre un decennio presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale assicurano qualità e professionalità nell'espletamento del servizio; se non stabilizzati, continuerebbero quindi a ritrovarsi in una persistente situazione di precarietà;

inoltre, a causa del regime delle incompatibilità, molti non hanno potuto frequentare scuole di specializzazione post laurea o corsi specifici in medicina generale. Pertanto, nel caso di riapertura delle liste, si prefigurerebbe per gli stessi una evidente difficoltà di reinserimento nel mondo del lavoro. A tal proposito si precisa che l'età media dei medici iscritti nelle liste è di 50 anni,

impegna il Governo

ad adottare le iniziative necessarie per l'adeguamento del quadro normativo che finora ha regolato la specifica materia, così come espressamente indicato nelle premesse del decreto ministeriale 8 maggio 2008, e per dare certezza ai medici già iscritti nelle liste alla data del 31 dicembre 2007, trasformando le liste speciali, già costituite ai sensi del comma 12 dell'articolo 5 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, in liste speciali ad esaurimento, nelle quali confermare i medici iscritti alla predetta data del 31 dicembre 2007.

9/5440-AR/65. Paolo Russo, Girlanda. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

nel dicembre 2007 è stato stipulato tra la regione Calabria e il Ministero della salute un accordo di programma per la realizzazione con fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 dell'Ospedale di Vibo Valentia e di altri tre nuovi ospedali localizzati a Catanzaro, nella Sibaritide e nella piana di Gioia Tauro;

per la realizzazione dei quattro nuovi ospedali, resi urgenti per le precarie condizioni delle strutture esistenti, è stato dichiarato lo stato di emergenza, con contestuale nomina di un commissario *ad acta*;

dopo il commissariamento della sanità calabrese, nel luglio 2010, commissario *ad acta* è stato nominato il presidente della Giunta regionale calabrese, Giuseppe Scopelliti, che al tempo stesso svolgeva e svolge le funzioni di commissario della sanità;

il Presidente/commissario stipulava un protocollo d'intesa con la Regione Lombardia con cui si prevedeva l'utilizzo di Infrastrutture Lombarde s.p.a. per la realizzazione degli ospedali;

con atti di sindacato ispettivo n. 4/11154 e 4/12129 veniva sollecitata la vigilanza del Ministero sull'esecuzione dell'accordo di programma e venivano sollevate perplessità sulla convenzione con la società lombarda, fortemente contestata da più parti;

allo stato, a distanza di quasi cinque anni dall'accordo di programma, non sono stati avviati i lavori per nessuno dei quattro nuovi ospedali;

sembra urgente ed improcrastinabile accelerare la messa in esecuzione delle strutture sanitarie molto attese dalle popolazioni interessate, ponendo fine a ogni ulteriore e insostenibile ritardo,

impegna il Governo:

ad accertare lo stato delle procedure di gara per ciascuno dei nuovi Ospedali;

ad accertare i motivi del ritardo e le cause ostative eventualmente ancora sussistenti;

a valutare l'opportunità di nominare un nuovo commissario *ad acta*, individuando una figura competente e di garanzia.

9/5440-AR/66. Lo Moro.

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge in esame procede ad una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario nazionale disponendo un riassetto del sistema delle cure territoriali e della *governance* del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in particolare del personale medico;

il provvedimento in esame, inoltre, si fa carico di disporre misure urgenti su specifiche tematiche del settore sanitario, con particolare riferimento ad alcune allarmanti situazioni di dipendenza relative ai principali fattori di rischio per la salute;

l'articolo 7 reca obblighi e divieti relativamente alla vendita di tabacco e di bevande alcoliche ai minorenni, anche mediante distributori automatici, oltre a prevedere misure di contrasto alla ludopatia la cui violazione è punita con l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie;

il decreto-legge interviene su alcuni fondamentali aspetti dei corretti stili di vita, il cui mancato controllo genera patologie per una larga fascia di cittadini oltre ad un considerevole incremento di spesa per il Servizio sanitario nazionale. In particolare, per la ludopatia, si sta assistendo a una diffusione della cosiddetta «sindrome da gioco con vincita di denaro» che sta acquisendo, in alcune fasce di popolazione, un carattere epidemico, generando forti disagi di carattere socio-economico e sanitario, configurante una vera e propria emergenza,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di promuovere e potenziare, ove già attivi, nelle scuole di ogni ordine e grado idonei interventi educativi di promozione di corretti stili di vita, al fine di sensibilizzare i giovani sui rischi alla salute connessi alle forme di dipendenza da alcool, tabacco, droghe e gioco d'azzardo.

9/5440-AR/67. Frassinetti, Girlanda, Reguzzoni. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

in particolare con l'articolo 8 si occupa di dettare norme per accrescere la sicurezza alimentare rafforzando le tutele per esigenze nutrizionali particolari, rendendo più stringenti gli obblighi previsti riguardanti la vendita di pesce, di latte crudo e di bevande analcoliche;

lo scorso 26 settembre è stata approvata una risoluzione nella Commissione agricoltura del Senato in cui sono contenuti impegni importanti per tutelare la filiera agroalimentare dall'impatto delle micotossine con l'obiettivo di salvaguardare la salute dei consumatori;

le micotossine sono metaboliti tossici di vari ceppi fungini e la contaminazione delle matrici alimentari può avvenire già sul campo a seguito di particolari condizioni meteorologiche per seguire gli alimenti fino ai siti di stoccaggio ove errate modalità di conservazione possono provocare l'insorgere della micotossina;

la normativa sulle micotossine è materia in continua evoluzione sia per le nuove conoscenze scientifiche che per le ripercussioni che le misure adottate determinano negli scambi commerciali, anche con i Paesi terzi importanti produttori di materie prime;

ad oggi diverse micotossine sono «normate» (in particolare cinque) con il Regolamento CE n. 118/2006, mentre altre sono in fase di valutazione a livello europeo. Il Regolamento citato individua limiti massimi consentiti per ogni singola tossina e destinazione d'uso della materia prima (*food e feed*) ai fini della tutela della salute umana;

la presenza di micotossine nei limiti stabiliti dalla normativa comunitaria rappresenta una garanzia di tutela della salute che è opportuno rendere noto ai consumatori nell'obiettivo di promuovere il miglioramento delle pratiche agronomiche, delle condizioni di raccolta, di trasformazione e di stoccaggio e di controllo capillare delle principali derrate alimentari che rappresentano il modo migliore per tutelare l'agricoltura di qualità e la salute dei cittadini,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di introdurre l'indicazione in etichetta del valore delle micotossine contenute nei prodotti alimentari individuati nella parte seconda dell'allegato del regolamento CE 1881/2006 in materia di contaminanti dei prodotti alimentari, indicando altresì i valori massimi consentiti per ogni singola tossina e destinazione d'uso della materia prima previsti dal regolamento medesimo.

9/5440-AR/68. Servodio, Oliverio.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

in particolare con l'articolo 8 si occupa di dettare norme per accrescere la sicurezza alimentare rafforzando le tutele per esigenze nutrizionali particolari, rendendo più stringenti gli obblighi previsti riguardanti la vendita di pesce, di latte crudo e di bevande analcoliche;

lo scorso 26 settembre è stata approvata una risoluzione nella Commissione agricoltura del Senato in cui sono contenuti impegni importanti per tutelare la filiera agroalimentare dall'impatto delle micotossine con l'obiettivo di salvaguardare la salute dei consumatori;

le micotossine sono metaboliti tossici di vari ceppi fungini e la contaminazione delle matrici alimentari può avvenire già sul campo a seguito di particolari condizioni meteorologiche per seguire gli alimenti fino ai siti di stoccaggio ove errate modalità di conservazione possono provocare l'insorgere della micotossina;

la normativa sulle micotossine è materia in continua evoluzione sia per le nuove conoscenze scientifiche che per le ripercussioni che le misure adottate determinano negli scambi commerciali, anche con i Paesi terzi importanti produttori di materie prime;

ad oggi diverse micotossine sono «normate» (in particolare cinque) con il Regolamento CE n. 118/2006, mentre altre sono in fase di valutazione a livello europeo. Il Regolamento citato individua limiti massimi consentiti per ogni singola tossina e destinazione d'uso della materia prima (*food e feed*) ai fini della tutela della salute umana;

la presenza di micotossine nei limiti stabiliti dalla normativa comunitaria rappresenta una garanzia di tutela della salute che è opportuno rendere noto ai consumatori nell'obiettivo di promuovere il miglioramento delle pratiche agronomiche, delle condizioni di raccolta, di trasformazione e di stoccaggio e di controllo capillare delle principali derrate alimentari che rappresentano il modo migliore per tutelare l'agricoltura di qualità e la salute dei cittadini,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di introdurre, nel rispetto della normativa europea l'indicazione in etichetta del valore delle micotossine contenute nei prodotti alimentari individuati nella parte seconda dell'allegato del regolamento CE 1881/2006 in materia di contaminanti dei prodotti alimentari, indicando altresì i valori massimi consentiti per ogni singola tossina e destinazione d'uso della materia prima previsti dal regolamento medesimo.

9/5440-AR/68. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Servodio, Oliverio.

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 14 del provvedimento in esame, dispone, al comma 1, la soppressione e la messa in liquidazione della società consortile Consorzio anagrafi animali (CO.AN.AN.);

il Governo ha motivato tale eliminazione con il fatto che la stessa società non abbia espletato i compiti assegnateli dai commi 4-*bis* e 4-*ter* dell'articolo 4 del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 marzo 2006, n. 81, quale ente strumentale del Ministero della salute e del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali e non avendo detti Dicasteri ritenuto necessario avvalersene, in quanto avevano finora provveduto a dette funzioni per il tramite degli enti vigilati e controllati dagli stessi Ministeri. Il medesimo comma 1 dispone, quindi, che le funzioni della società siano trasferite ai predetti Ministeri secondo le rispettive competenze e che questi vi provvedano nell'ambito delle ordinarie risorse, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

la soppressione e la messa in liquidazione della società saranno decorrenti dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in esame ed il trasferimento delle sue funzioni sarà operato con decreto del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, di

concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del medesimo decreto;

pur non obiettando sull'opportunità di sopprimere il Consorzio, va ad ogni modo evidenziato che la misura in questione provoca un grave problema occupazionale all'esiguo personale dipendente che svolge qualificate attività tecniche presso la stessa società, trattandosi di 4 dipendenti, per lo più giovani, impegnati, tra l'altro, nella predisposizione di progetti operativi connessi ad assicurare la tracciabilità e la sicurezza delle carni e dei prodotti della pesca;

va altresì rilevato che in altre circostanze in cui il Governo ha proceduto a sopprimere analoghi organismi, nel prevedere il trasferimento delle loro funzioni e competenze ad altre amministrazioni allo scopo qualificate, ha sempre disposto anche la contestuale riallocazione del relativo personale dipendente;

in merito allo svolgimento della funzione di ente strumentale di assistenza tecnica, si ricorda che l'AGEA ha assegnato alla società in oggetto un contributo a decorrere dall'anno 2006 di euro 1.000.000 annui;

ad oggi, in capo al consorzio, sussistono disponibilità bancarie pari ad euro 1.356.872,99, nonché crediti complessivamente pari a circa 1,8 milioni di euro;

apparirebbe necessario garantire una soluzione di continuità alle attività lavorative dei predetti dipendenti ed evitare che essi siano posti improvvisamente nella tragica situazione di ritrovarsi disoccupati;

come desumibile dalla descrizione della questione, un eventuale ricollocamento dei dipendenti in oggetto presso gli enti che costituivano il Consorzio e segnatamente l'AGEA o presso i ministeri subentranti, non pregiudicherebbe l'invarianza finanziaria prevista dalla norma soppressiva in quanto le predette risorse disponibili in capo al consorzio non farebbero sorgere nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e la stessa ricollocazione consentirebbe ad ogni modo la prosecuzione di lavori progettuali sulla tracciabilità e sulla sicurezza agroalimentare di estremo rilievo,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di prevedere, possibilmente nell'ambito dell'adozione del decreto ministeriale di trasferimento delle funzioni già svolte dalla società consortile «Consorzio Anagrafi animali» al Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali e al Ministero della salute o tramite opportune iniziative di indirizzo verso i soggetti interessati, anche la ricollocazione del relativo personale dipendente, se del caso presso gli enti che costituivano la compagine consortile della società oppure presso l'AGEA o i ministeri subentranti.

9/5440-AR/69. Oliverio, Marco Carra, Viola, Margiotta. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

l'articolo 8 detta norme per accrescere la sicurezza alimentare rafforzando le tutele per esigenze nutrizionali particolari, rendendo più stringenti gli obblighi previsti riguardanti la vendita di pesce, di latte crudo e di bevande analcoliche;

il provvedimento inoltre eleva il contenuto di succo di frutta che deve essere presente nelle bevande analcoliche disciplinate dall'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica n. 719 del 1958 e dall'articolo 1 della legge 3 aprile 1961, n. 286, elevandolo da 12 gr. per 100 cc a un contenuto minimo pari al 20 per cento;

la modifica introdotta dal provvedimento in commento è di notevole importanza per sostenere i redditi e migliorare la salute degli anelli più deboli nella filiera agroalimentare: gli agricoltori e i consumatori;

sarebbe pertanto auspicabile che tale impegno venisse favorito anche mediante l'utilizzo di un logo riservato alle bevande analcoliche a base di frutta in questione per le quali tutte le fasi del processo di produzione e di trasformazione siano interamente realizzate sul territorio nazionale con l'uso esclusivo di frutta di origine o di provenienza italiana,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di istituire un logo nazionale per le bevande analcoliche a base di frutta di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica n. 719 del 1958 e all'articolo 1 della legge 3 aprile 1961, n. 286, per le quali tutte le fasi del processo di produzione e di trasformazione siano interamente realizzate sul territorio nazionale con l'uso esclusivo di frutta di origine o di provenienza italiana.

9/5440-AR/70. Laratta, Oliverio. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premessi che:

quasi 50 anni fa ha avuto inizio in Italia la mobilitazione di cittadini e di lavoratori per bandire l'amianto e i suoi effetti nocivi;

soltanto nel 1992, dopo molti decenni di attività di sensibilizzazione, è stata approvata la legge 27 marzo 1992, n. 257 «Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto», che prevede essenzialmente: il divieto di estrazione, lavorazione e commercializzazione dell'amianto; la bonifica degli edifici, delle fabbriche e del territorio; misure per la tutela sanitaria e previdenziale dei lavoratori ex esposti all'amianto; misure per il risarcimento degli stessi e per il riconoscimento della qualifica di malattia professionale e del danno biologico;

dal 1992 ad oggi, la predetta legge è stata soltanto parzialmente attuata, in particolare per ciò che concerne la mappatura della presenza di amianto e la relativa bonifica nonché per quanto concerne l'individuazione dei siti di discarica o le modalità di trattamento del materiale rimosso;

di fatto in tutto il Paese si continua a rinvenire amianto in manufatti ancora in opera, soprattutto in grandi impianti a servizio di processi produttivi, navi e traghetti, oltre che negli ambienti di vita pubblica (scuole, ospedali e altri edifici aperti al pubblico);

materiale contenente amianto è presente anche negli edifici privati e, dunque, si rende necessario incentivarne la bonifica;

tale situazione acclarata rappresenta l'evidenza che sia la popolazione lavorativa sia la popolazione generale continua ad essere esposta ad una fonte di grave rischio per la salute;

la concretizzazione del rischio di esposizione ad amianto comporta nelle persone esposte l'insorgere delle cosiddette patologie asbesto-correlate che si manifestano sotto forma di mesotelioma, tumore al polmone, alla laringe, all'ovaio, e altro, come tra l'altro accertato dalla sentenza del 13 febbraio 2012 emessa dal tribunale di Torino con la quale sono stati condannati i massimi vertici della multinazionale elvetica Eternit;

la vastità del fenomeno è testimoniata dai dati derivanti dalla perimetrazione dei siti di interesse nazionale, che ne individuano 57 su tutto il territorio nazionale, con il coinvolgimento di oltre 300 comuni;

secondo stime del registro nazionale dei mesoteliomi sono circa 3.000 ogni anno le persone che nel nostro Paese perdono la vita in seguito a patologie asbesto correlate (con un tasso di incidenza di mesotelioma pleurico che per il 2004 risulta essere di 3,49 casi per 100.000 abitanti per gli uomini e di 1,25 per le donne), e circa il 30 per cento dei casi sono attribuibili ad esposizione

non professionale;

tali dati già di per sé estremamente allarmanti non tengono conto delle cosiddette «vittime attese», poiché, visti, i tempi lunghi di incubazione, si presume che il picco della mortalità per le patologie correlate all'amianto si raggiungerà intorno al 2020;

tale dato epidemiologico è di estrema gravità ed impone che si dia corso al più presto al processo nazionale e complessivo di «fuoriuscita dall'amianto» sia per la popolazione lavorativa che per la popolazione generale;

fra i Comuni riconosciuti Siti di Interesse Nazionale è radicato il Comune di Broni (Pavia) nel quale fin dal lontano 1932 ha operato la Cementifera Italiana Fibronit, società impegnata nella lavorazione dell'amianto ininterrottamente dal 1932 fino al 1993 anno di cessazione della produzione imposta dalla legge n. 257 del 1992. Nella fabbrica in oggetto hanno prestato la loro opera circa 3800 lavoratori dipendenti. Nell'area in oggetto si è proceduto ad una prima fase di lavori di bonifica del 1° lotto,

impegna il Governo:

a proseguire e completare l'opera di bonifica ambientale dell'area dell'ex cementifera Fibronit S.P.A. situata nel comune di Broni (Pavia);

a favorire e sostenere la bonifica degli edifici pubblici con presenza di amianto situati nel Comune con precedenza agli edifici scolastici;

a riordinare e rafforzare le misure di incentivazione – attraverso sgravi fiscali – della bonifica di manufatti di amianto presenti in proprietà private;

a definire d'intesa con la Regione Lombardia le modalità di sorveglianza sanitaria della popolazione generale soggiornante nelle aree di crisi e della popolazione degli esposti ed ex esposti lavorativi nonché il percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

9/5440-AR/71. Zucchi. (ACCETTATO)

---

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge in esame risulta di particolare importanza in quanto interviene su di una materia molto delicata quale la tutela della salute, anche al fine di garantire maggiore efficienza e di recuperare la fiducia dei cittadini nella sanità;

il provvedimento in esame procede al riassetto dell'organizzazione sanitaria, nel quadro della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale a seguito delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica;

l'eliminazione degli sprechi e delle conseguenti inefficienze può essere considerata la ratio comune a tutte le disposizioni del decreto-legge, che si pongono in un'ottica di continuità anche con quanto previsto nel decreto legge n. 95 del 2012 (cosiddetta *spending review 2*) circa il ridimensionamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie locali, disposto al fine di eliminare le eccessive disparità di prezzi di acquisto dei presidi sanitari presenti nelle diverse realtà regionali nonché le diversità dei costi nell'acquisto dei servizi da parte delle stesse aziende sanitarie;

l'obiettivo deve essere quello di estendere a tutto il territorio nazionale il comportamento virtuoso di alcune realtà regionali, in cui la promozione dell'efficienza e la razionalizzazione della spesa sanitaria ha ridotto i costi di beni e servizi e ha comportato innegabili vantaggi per i cittadini;

attualmente queste realtà virtuose sono costrette a scontare i disavanzi sanitari prodotti in altre regioni,

impegna il Governo

a proseguire sulla strada del migliore efficientamento dei servizi e della conseguente spesa sanitaria, intrapresa con l'emanazione del decreto legislativo n. 68 del 2011, recante «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario», anche al fine di debellare il meccanismo perverso che vede le regioni in pareggio di bilancio della spesa sanitaria scontare le inefficienze di realtà regionali meno o per niente virtuose.

9/5440-AR/72. Beccalossi, Laffranco, Cannella, Nastri, Faenzi, Pelino, Reguzzoni.

**(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che;

il provvedimento in esame reca disposizioni per promuovere un più alto livello di tutela della salute;

in questo quadro una tutela ancora maggiore deve essere assicurata a quelle persone che vivono la disabilità, come i malati di atrofia muscolare spinale (SMA);

la SMA è una delle malattie più invalidanti che esistano. Una persona affetta da SMA smetterà di camminare, di muovere le braccia, perderà l'uso di tutti i muscoli volontari. Spesso vengono coinvolti anche i muscoli respiratori e quelli per la masticazione e la deglutizione. Una persona affetta da SMA nel corso della propria vita perde tutte le abilità;

la SMA è inserita nell'elenco delle malattie rare, allegato al decreto del Ministero della salute 18 maggio 2001, n. 279, recante «Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera *b*), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124», il che implica il diritto del paziente – una volta certificata la malattia – all'esenzione totale dal *ticket* per le prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) ritenute efficaci ed appropriate per il trattamento e il monitoraggio della malattia e per prevenire ulteriori aggravamenti;

in considerazione dell'onerosità e della complessità dell'*iter* diagnostico per le malattie rare, l'esenzione è estesa alle indagini volte all'accertamento delle malattie stesse ed alle indagini genetiche sui familiari dell'assistito eventualmente necessarie per la diagnosi di malattia rara di origine genetica;

ai malati di atrofia muscolare spinale è altresì riconosciuta l'esenzione dal pagamento dei farmaci di fascia A (come a tutti gli altri cittadini), ma il vero problema riguarda l'esclusione dalla lista di rimborsabilità dei farmaci inseriti in fascia C e l'inserimento nella fascia di trattamenti non farmacologici di presidi e di prodotti galenici;

i malati di SMA non hanno bisogno di farmaci perché al momento non esistono cure che consentano di arrestare o far regredire la malattia ed hanno invece necessità per la loro sopravvivenza di assumere quotidianamente integratori alimentari ossia «prodotti alimentari destinati a integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali le vitamine e i minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico, in particolare ma non in via esclusiva aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate», i quali hanno la caratteristica di risultare facilmente deglutibili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre idonei strumenti al fine di garantire ai malati di atrofia muscolare spinale una dignitosa qualità della vita, prevedendo la gratuità per essi degli integratori



alimentari oppure la deducibilità dal reddito dell'onere sostenuto per il loro acquisto.  
9/5440-AR/73. Savino.

---

La Camera,

premessi che;

il provvedimento in esame reca disposizioni per promuovere un più alto livello di tutela della salute;

in questo quadro una tutela ancora maggiore deve essere assicurata a quelle persone che vivono la disabilità, come i malati di atrofia muscolare spinale (SMA);

la SMA è una delle malattie più invalidanti che esistano. Una persona affetta da SMA smetterà di camminare, di muovere le braccia, perderà l'uso di tutti i muscoli volontari. Spesso vengono coinvolti anche i muscoli respiratori e quelli per la masticazione e la deglutizione. Una persona affetta da SMA nel corso della propria vita perde tutte le abilità;

la SMA è inserita nell'elenco delle malattie rare, allegato al decreto del Ministero della salute 18 maggio 2001, n. 279, recante «Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124», il che implica il diritto del paziente – una volta certificata la malattia – all'esenzione totale dal *ticket* per le prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) ritenute efficaci ed appropriate per il trattamento e il monitoraggio della malattia e per prevenire ulteriori aggravamenti;

in considerazione dell'onerosità e della complessità dell'*iter* diagnostico per le malattie rare, l'esenzione è estesa alle indagini volte all'accertamento delle malattie stesse ed alle indagini genetiche sui familiari dell'assistito eventualmente necessarie per la diagnosi di malattia rara di origine genetica;

ai malati di atrofia muscolare spinale è altresì riconosciuta l'esenzione dal pagamento dei farmaci di fascia A (come a tutti gli altri cittadini), ma il vero problema riguarda l'esclusione dalla lista di rimborsabilità dei farmaci inseriti in fascia C e l'inserimento nella fascia di trattamenti non farmacologici di presidi e di prodotti galenici;

i malati di SMA non hanno bisogno di farmaci perché al momento non esistono cure che consentano di arrestare o far regredire la malattia ed hanno invece necessità per la loro sopravvivenza di assumere quotidianamente integratori alimentari ossia «prodotti alimentari destinati a integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali le vitamine e i minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico, in particolare ma non in via esclusiva aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate», i quali hanno la caratteristica di risultare facilmente deglutibili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre idonei strumenti al fine di garantire ai malati di atrofia muscolare spinale una dignitosa qualità della vita, prevedendo la gratuità per essi degli integratori alimentari oppure la deducibilità dal reddito dell'onere sostenuto per il loro acquisto, compatibilmente con le esigenze di finanza pubblica.

9/5440-AR/73. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Savino.

---

La Camera,

premessi che:

è stato nominato il Commissario *ad acta* per la sanità nel Lazio Enrico Bondi su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro della salute, ai sensi dell'articolo 2 del recente decreto-legge n. 174, sui costi della politica nelle Regioni e sul pre-dissesto dei Comuni;

il decreto-legge 10 ottobre 2012 n. 174 (*Gazzetta Ufficiale* del 10 ottobre 2012 n. 237) che all'articolo 2, comma 6 stabilisce:

«6. All'articolo 2 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 83, secondo periodo, le parole: “il presidente della regione commissario *ad acta*”, sono sostituite dalle seguenti: “un commissario *ad acta*”;

b) al comma 84, le parole: “ai sensi dei commi 79 o 83” sono sostituite dalle seguenti: “ai sensi del comma 79”;

c) dopo il comma 84, è inserito il seguente: “84-bis. In caso di dimissioni o di impedimento del presidente della regione il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta*, al quale spettano i poteri indicati nel terzo e quarto periodo del comma 83 fino all'insediamento del nuovo presidente della regione o alla cessazione della causa di impedimento. Il presente comma si applica anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222.”;

7. Al terzo periodo del comma 6 dell'articolo 1 della legge 3 giugno 1999, n. 157, e successive modificazioni, dopo le parole: “Camera dei deputati” sono inserite le seguenti: “o di un Consiglio regionale”.».

impegna il Governo

a fare in modo che nelle Regioni commissariate o sottoposte a Piano di rientro sanitario, il Commissario *ad acta* non coincida con il Presidente della Regione.

9/5440-AR/74. Maurizio Turco, Farina Coscioni, Beltrandi, Bernardini, Mecacci, Zamparutti.  
**(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

l'articolo 5 del disegno di legge in esame, riguardante l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia prevede;

al comma 1 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, (...);

al comma 2-bis che «Il Ministro della salute procede entro il 31 maggio 2013 all'aggiornamento del nomenclatore tariffario di cui all'articolo 11 del decreto ministeriale del 27 agosto 1999, n. 332»;

il Governo ha accolto con parere favorevole in data 16 dicembre 2011 l'ordine del giorno 9/4829-A/90 a prima firma della sottoscrittrice del presente atto che impegnava il Governo tra l'altro a «emanare il decreto sui LEA entro il mese di gennaio 2012, termine da considerarsi perentorio salvo che il Ministro dell'economia non comunichi al Parlamento le ragioni che considerasse ostative all'emanazione del decreto in questione entro il termine indicato»(...);

il Governo non ha rispettato il suddetto impegno;

il Ministro dell'economia non ha dato comunicazione alcuna al Parlamento delle ragioni ostative all'emanazione;

ad oggi la versione del nomenclatore in vigore per i cittadini è ancora quella del 1999 (che peraltro classifica prodotti risalenti spesso ai primi anni '90) e ciò significa che in molti casi per disporre di ausili moderni, debbono pagare di persona quello che sarebbe loro diritto avere gratuitamente ma che formalmente non fa parte del vigente nomenclatore;

i LEA sono il profilo del diritto alla salute e con l'aggiornamento del nomenclatore non sono un atto burocratico, ma sono il presupposto per identificare il profilo del diritto alla salute e alla dignità della vita e pertanto non possono essere subordinati ad un ennesimo ritardo;

in attesa del rinnovo dei LEA e del nomenclatore le condizioni di assistenza, anche domiciliare, non vengono generalmente assicurate e i malati e disabili sono drammaticamente lasciati soli,

impegna il Governo

a non arrivare alla scadenza ultima del 31 maggio 2013 per aggiornare il nomenclatore, ma a compiere ogni sforzo necessario per anticipare il più possibile la revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili.

9/5440-AR/75. Farina Coscioni, Maurizio Turco, Bernardini, Mecacci, Zamparutti.

**(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

visto il regolamento (CE) del Consiglio n. 797 del 2004, del 26 aprile 2004, relativo alle azioni nel settore dell'apicoltura;

visto il regolamento (CE) 852 del 2004 del 29 aprile 2004, relativo all'igiene dei prodotti alimentari;

vista la direttiva 2006/130/CE della Commissione dell'11 dicembre 2006, che attua la direttiva 2001/82/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, concernente la fissazione dei criteri per l'esenzione dall'obbligo della prescrizione veterinaria vigente per taluni medicinali destinati ad animali da produzione alimentare;

visto il decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, concernente attuazione della direttiva 2004/28/CE, recante codice comunitario dei medicinali veterinari;

vista la legge 4 febbraio 2005, n. 11, ed in particolare l'articolo 13, che consente di attuare con decreto del Ministro competente per materia quelle direttive che recano modalità esecutive e caratteristiche di ordine tecnico di direttive già recepite nell'ordinamento nazionale;

visto il regolamento (CE) della Commissione n. 917 del 2004, del 29 aprile 2004, recante le modalità di applicazione del regolamento (CE) del Consiglio n. 797 del 2004;

vista la legge 16 aprile 1987, n. 183, concernente il coordinamento delle politiche riguardanti l'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee e l'adeguamento dell'ordinamento interno agli atti normativi comunitari;

vista la circolare ministeriale n. 1, del 21 febbraio 2000, recante le linee guida per l'applicazione dei regolamenti comunitari sul miglioramento della produzione e

commercializzazione del miele;

visto il decreto legislativo 29 marzo 2004, n. 99, inerente alle disposizioni in materia di soggetti e attività, integrità aziendale e semplificazione amministrativa in agricoltura, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettere *d), f), g), l), e)*, della legge 7 marzo 2003, n. 38;

visto il decreto legislativo 21 maggio 2004, n. 179, recante l'attuazione della direttiva 2001/110/CE del Consiglio sul miele;

vista la legge 24 dicembre 2004, n. 313, sulla disciplina dell'apicoltura;

viste le direttive del decreto del Presidente della Repubblica n. 320 del 8 febbraio 1954 «Regolamento di Polizia Veterinaria»;

rilevato che:

ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, la Varroatosi (infestazione dell'acaro *Varroa* delle colonie di *Apis Mellifera*), è considerata, ancora oggi, una malattia con obbligo di denuncia, nonostante essa sia endemica, contenibile ma non eradicabile;

considerato che:

gli apicoltori, per evitare il sequestro o la denuncia, peraltro superflui, omettono di comunicare il fenomeno in ottemperanza al sopracitato Regolamento, vista la difficoltà degli organi preposti al controllo, di lavorare in deroga alla normativa vigente, considerato che la *Varroa* è, per le api, ormai naturale ed endemica come le pulci per i cani;

al fine di fornire direttive certe agli apicoltori ed evitare che una normativa ormai desueta e al più presto da rivedere, possa obbligare l'avvio di provvedimenti di denuncia e/o sequestro, degli apiari infestati, con notevole dispendio economico per la collettività e nocumento certo per l'apicoltore,

impegna il Governo

a dichiarare la Varroatosi malattia senza l'obbligo della denuncia, lo invita altresì ad avviare un'opera di revisione del regolamento di polizia veterinaria, soprattutto in relazione alla grave situazione che il comparto apicoltura vive dal punto di vista delle patogenesi dell'alveare, si ricorda in oltre che da ormai un ventennio lo stesso comparto e tutti i suoi operatori attendono strumenti certi per combattere le «Batteriosi» delle api (peste americana e peste europea), con strumenti farmacologici, che permettano agli apicoltori di salvare i propri alveari nel rispetto delle normative vigenti e nel rispetto dei diritti del consumatore di vedere conservate le garanzie certe della salubrità e dell'altissima qualità del miele italiano.

9/5440-AR/76. Lorenzin. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

in Italia dall'anno 2009 non è più possibile conservare per uso personale il sangue del cordone ombelicale. A seguito di tale previsione alcune associazioni tra le quali la Bamco onlus, attiva all'interno di una struttura pubblica, l'azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, ha interrotto la raccolta di cordoni ombelicali, che fino all'anno 2002 era stata di circa 2.600;

i genitori che intendono avvalersi di tale opportunità attualmente devono recarsi all'estero, mentre in Italia la donazione è ancora consentita in forma allogenica;

le associazioni quali la Bamco onlus devono adeguarsi al decreto ministeriale del 18 novembre del 2009, recante «Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da

sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato» e diventare punto di riferimento informativo e di consulenza, e chi volesse conservare il campione di sangue ad uso personale deve rivolgersi ad una struttura operante all'estero, previo rilascio dell'autorizzazione da parte della Regione,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di rivedere la normativa in materia tenuto conto dei disagi che attualmente soffrono coloro che sono costretti ad andare all'estero, gli ulteriori costi che da questa situazione derivano al Servizio sanitario nazionale, considerate le esperienze positive in tale ambito negli altri paesi europei.

9/5440-AR/77. Fava, Rondini. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

nel disegno di legge esaminato si prevede all'articolo 14 la razionalizzazione di taluni enti sanitari. La razionalizzazione, nell'ottica del principio della «*spending review*», principio che sta guidando l'azione del Governo, dovrebbe riguardare la soppressione o l'accorpamento di enti;

invece sorprendentemente nei commi 2 e 5 dell'articolo 14, si ritiene che l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) con sede a Roma e sedi distaccate nel Lazio, Puglia e Sicilia, debba essere invece trasformato in ente con personalità giuridica di diritto pubblico e dotato di uno stanziamento di 5 milioni di euro nell'anno 2012 e di euro 10 milioni a decorrere dall'anno 2013;

oltre all'attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti che negli anni hanno sempre trovato finanziamenti attraverso la partecipazione a progetti di ricerca nazionale ed internazionale, l'istituto nelle tre sedi regionali assicura altresì assistenza sanitaria agli immigrati mediante i rimborsi delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale;

è di tutta evidenza che in un momento di grave crisi economica, che determina da parte del Governo drastici tagli lineari nel settore della sanità, mediante riduzione progressiva dei posti letto, dei fondi per le forniture, una riduzione dei servizi in genere, dei pesanti tagli agli istituti di ricerca che si dedicano a progetti aventi pari importanza di quelli svolti dall'INMP, le risorse dovevano essere utilizzate ad esempio per garantire l'attività ospedaliera delle strutture delle Regioni non sottoposte ai Piani di rientro dai disavanzi sanitari,

impegna il Governo

a valutare gli effettivi applicativi della norma di cui in premessa al fine di prevedere l'utilizzo di tali fondi anche per garantire l'attività ospedaliera delle strutture e delle regioni non sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari;

9/5440-AR/78. Laura Molteni. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame ha previsto all'articolo 12 il riordino del numero dei comitati etici, «limitandone il proliferare». I comitati etici svolgono un'importante ruolo prioritariamente per le sperimentazioni cliniche dei medicinali ed hanno le caratteristiche di organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in

sperimentazione, oltre ad avere funzioni consultive su questioni etiche. Possono essere istituiti presso strutture pubbliche o private o negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati o nell'ambito dell'amministrazione regionale;

così come previsto nel testo, attualmente appare incerto il destino dei comitati etici che finora hanno operato in modo «virtuoso» e che, nonostante l'inserimento del criterio della numerosità dei pareri emessi, rischiano, in base all'altro criterio introdotto di «un comitato ogni milione di abitante» di essere soppressi;

in particolare risulta incerto il destino dei comitati etici istituiti presso gli IRCCS, che nell'anno 2011 hanno deliberato circa il 26 per cento delle sperimentazioni cliniche e che si trovano in prevalenza in un'unica regione, la Lombardia (ben 17 su 45 presenti sull'intero territorio nazionale,

impegna il Governo

a prevedere, nell'ambito del riordino delle disposizioni vigenti in materia, di salvaguardare i comitati etici istituiti presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblici e di diritto privato.

9/5440-AR/79. Fogliato, Reguzzoni. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame ha come obiettivo la promozione dello sviluppo del paese anche con un più elevato livello di tutela della salute. Attraverso una serie di norme si prevede la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria;

tra questi obiettivi deve rientrare anche quello di favorire l'ingresso dei giovani medici, che per troppo tempo rimangono in attesa di essere inseriti per la prima volta negli elenchi regionali della medicina convenzionata;

per il raggiungimento di questo obiettivo può essere utile prevedere l'abrogazione della norma che consente al medico che ha esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente di essere, a domanda, reinserito nei predetti elenchi in caso di cessazione del rapporto di lavoro. Nell'ambito dell'organizzazione del territorio la circostanza che soggetti che hanno interrotto l'attività, intendano rientrare può avere altresì un effetto destabilizzante,

impegna il Governo

a promuovere l'approvazione di norme che rimuovano gli ostacoli al primo inserimento dei giovani medici negli elenchi regionali della medicina convenzionata.

9/5440-AR/80. Rainieri. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

considerato che il testo in esame, che disciplina molteplici ambiti rientranti nel settore sanitario, riguarda la tutela della salute, oggetto di legislazione concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione;

rilevato che appaiono coinvolti anche profili relativi alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni; dell'ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali, nonché dell'ordine pubblico e della sicurezza, riferibili alla competenza

esclusiva statale ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettere *m*), *g*) ed *h*);

preso atto del ruolo e delle funzioni riconosciute alle Regioni in ordine alle previsioni di cui agli articoli da 1 a 6 del capo I del provvedimento, in materia di razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria, tenuto conto dei rilievi della Commissione per le Questioni regionali nel parere favorevole con condizioni, laddove ha evidenziato che siano previste «modalità di più ampia concertazione e intesa con le autonomie regionali» in ordine al riordino dell'assistenza territoriale, nonché «all'attuazione delle previsioni in materia di misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica, di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri e di medicinali omeopatici»,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle norme del provvedimento di cui in premessa al fine di assicurare la più ampia concertazione con le autonomie regionali in conformità al parere della Commissione per le questioni regionali.

9/5440-AR/81. Caparini, Reguzzoni. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

valutato il disegno di legge in esame, nella parte ove si introducono misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

preso atto della previsione di procedere alla progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco pubblico che risultano essere prossimi a luoghi frequentati da minori ed anziani;

nell'elenco dei luoghi dai quali devono essere riviste le distanze dei punti della rete fisica di raccolta gioco non sono specificatamente previsti oratori, palestre, associazioni di volontariato, centri anziani e case di riposo;

risulta opportuno coinvolgere nel processo di ricollocazione anche i punti di raccolta prossimi ai detti luoghi,

impegna il Governo

a considerare nella pianificazione di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco anche oratori, palestre, associazioni di volontariato, centri anziani e case di riposo.

9/5440-AR/82. Fabi, Reguzzoni. **(ACCETTATO)**

---

La Camera;

premesso che:

il disegno di legge in esame si prefigge di promuovere lo sviluppo del paese anche con un più elevato livello di tutela della salute. Attraverso una serie di norme si prevede la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria, in particolare in relazione alle cure primarie;

a tale scopo si ritiene importante prevedere che si proceda ad una modifica della normativa che disciplina il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in materia di compenso spettante al medico, così come attualmente prevista dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, all'articolo 8, comma 1;

il sistema vigente, infatti, disincentiva gli investimenti da parte dei medici, garantendo maggiori guadagni a chi meno lavora e meno investe;

occorre, quindi, anche al fine di migliorare il livello di cura, distinguere la remunerazione dell'attività professionale,

dalle spese che il medico deve sostenere per svolgerla,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di modificare tempestivamente la normativa che disciplina i rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali prevedendo che i compensi ai medici, oltre che premiare i risultati, tengano conto degli investimenti realizzati per lo svolgimento dell'attività professionale.  
9/5440-AR/83. Rondini. **(RESPINTO)**

---

L'Assemblea,

valutato il disegno di legge all'esame;

considerata, in particolare, la norma di cui al comma 6 dell'articolo 1, in materia di adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, nell'ambito di un percorso che le regioni dovranno seguire per determinare l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale nei servizi di base;

preso atto che la Commissione Lavoro, nell'esprimere un parere favorevole sul provvedimento, ha posto, tra le altre, anche la condizione di sopprimere il comma 6, in quanto «( ) prevede una procedura sostitutiva che, sia pure di carattere provvisorio, appare sostanzialmente derogatoria rispetto all'autonomia negoziale delle parti, alle quali il comma 5 del medesimo articolo demanda il compito di adeguare gli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali»,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi dell'articolo 1, comma 6, al fine di rivederne il contenuto conformemente al parere espresso dalla Commissione Lavoro.  
9/5440-AR/84. Munerato, Rondini. **(RESPINTO)**

---

L'Assemblea,

esaminato il disegno di legge in titolo;

analizzate le disposizioni in materia di assunzioni del personale del Servizio sanitario nazionale, recate dall'articolo 4-*bis* del provvedimento, introdotto nel corso dell'esame presso la Commissione di merito;

preso atto che le stesse contemplano rilevanti deroghe rispetto alla vigente normativa in materia di reclutamento dei dipendenti pubblici;

tenuto conto dei rilievi della Commissione Lavoro nel parere favorevole con condizioni, laddove ha evidenziato che «(...) pur prendendo atto dell'intenzione di valorizzare il ruolo svolto dal personale con contratto di lavoro a tempo determinato o dai lavoratori precari in servizio presso gli enti sanitari, occorre sopprimere (o quantomeno riformulare in modo significativo) i commi 1 e 4, che appaiono poco coerenti rispetto alla disciplina generale che regola le procedure concorsuali per le assunzioni di pubblici dipendenti e il regime del reclutamento di personale da parte delle pubbliche amministrazioni, che richiederebbe, in realtà, di evitare forme inadeguate di



stabilizzazione del personale operante presso le predette strutture del Servizio sanitario nazionale (...)),

impegna il Governo

a valutare gli effettivi applicativi delle norme citate in premessa al fine di escludere procedure di stabilizzazioni che contemplano sanatorie.  
9/5440-AR/85. Bonino. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

esaminato il provvedimento in titolo;

valutate insufficienti le misure volte a conseguire un elevato livello di sicurezza alimentare e a salvaguardare le migliaia di imprese impegnate nelle produzioni di qualità e nella promozione dei prodotti tipici e locali anche al fine di tutelare gli interessi dei consumatori riguardo alle informazioni sull'origine degli alimenti;

visto che i prodotti agroalimentari dei nostri territori costituiscono l'eccellenza del cosiddetto «*made in Italy*» e che pertanto le politiche di promozione e valorizzazione rappresentano uno strumento indispensabile a diffondere la corretta informazione sulle caratteristiche di unicità e tipicità di tali produzioni;

preso atto che la frutta, e in particolare gli agrumi del nostro Paese, è destinata prevalentemente all'industria di trasformazione per la produzione di succhi, la cui competitività è minacciata dalla concorrenza sfavorevole dei Paesi del mediterraneo e del sud America, a cui non corrisponde un adeguato livello qualitativo;

considerato che l'apposizione di un logo nazionale su bibite analcoliche a base di frutta, su succhi di frutta e sui nettari, che indichi con chiarezza l'uso esclusivo di frutta di origine o di provenienza italiana e che assicuri che tutte le fasi del processo di produzione e di trasformazione siano realizzate sul territorio nazionale, apporterebbe un notevole valore aggiunto alle nostre produzioni attraverso la garanzia di elevati *standard* di qualità e di autenticità rispetto a un mercato che tende all'uniformazione dei prodotti privilegiando la quantità, spesso a basso costo,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di istituire un logo nazionale da apporre sulle etichette delle bevande a base di frutta al fine di garantire la corretta informazione al consumatore, incentivare il consumo di prodotti di qualità a base di frutta di origine italiana e sostenere l'industria nazionale di trasformazione alimentare.

9/5440-AR/86. Negro, Callegari, Fogliato, Rainieri. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

con sentenza n. 397 del 1989, la Corte Costituzionale ha ristabilito i diritti della categoria dei contrattisti quadriennali della facoltà di medicina, inizialmente esclusi dalla possibilità di accedere alla fascia dei professori associati mediante giudizio d'idoneità, come invece era stato concesso con decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980 n. 382 a varie categorie di personale universitario con almeno un triennio di attività;

tale sentenza della Corte ammise gli esclusi, i quali avevano fatto domanda per la tornata del 1983 a sostenere il giudizio d'idoneità nell'anno 1990;

ulteriori ricorsi al TAR Lazio produssero sentenze che imposero la retrodatazione all'anno accademico 1984-85 della nomina a professore associato per i ricorrenti che avessero superato il concorso nell'anno 1990;

le università interessate non hanno a tutt'oggi provveduto al ripristino dello stato di fatto e di diritto, quale sarebbe stato se la partecipazione al giudizio di idoneità si fosse svolta tra il 1983 e il 1984, poiché ai fini della ricostruzione della carriera non è stata effettuata la suddetta «retrodatazione» della presa di servizio dei ricorrenti come professori associati,

impegna il Governo:

a provvedere al rispetto del violato principio d'uguaglianza recato dall'articolo 3 della Costituzione, assicurando omogeneità di trattamento ai professori associati, ammessi a giudizio d'idoneità ai sensi della sentenza della Corte costituzionale n. 397 del 1989;

a valutare l'opportunità di assicurare, anche attraverso opportune modifiche dell'articolo 50 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, una soluzione equa che preveda la coincidenza ad ogni effetto, anche ai fini della ricostruzione della carriera, della data di servizio con la data della nomina in ruolo dei professori associati ammessi alla seconda tornata dei giudizi di idoneità ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale 13 luglio 1989, n. 397.  
9/5440-AR/87. Goisis.

---

La Camera,

premessi che:

l'Ordine degli psicologi, istituito ai sensi della legge 18 febbraio 1989, n. 56, riunisce tutti gli esercenti la professione di psicologo;

il decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, (recante proroga dei termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria) ha previsto al comma 2 dell'articolo 24-*sexies* la modifica dell'articolo 29 della citata legge n. 56 del 1989, inserendo l'Ordinamento della professione di Psicologo sotto la vigilanza del Ministero della salute, dunque tra le «professioni squisitamente sanitarie»;

il passaggio dell'Ordine degli psicologi al Ministero della salute è fondamentale per la realizzazione di una politica sociale che mette al centro la promozione della salute, soprattutto in termini di prevenzione;

il suddetto «decreto milleproroghe 2008» ha attribuito altresì piena validità ai titoli di specializzazione rilasciati dalle scuole di psicoterapia private riconosciute ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 56 del 1989 e della iscrizione all'elenco degli psicoterapeuti ai sensi dell'articolo 35 della medesima legge, quale requisito valido per l'ammissione ai concorsi per i posti in organico presso il Servizio Sanitario Nazionale;

le suddette modifiche legislative, pur avendo segnato una tappa importantissima per la tutela della professione di psicologo, ai fini della piena applicabilità richiedono alcune integrazioni tecnico-legislative che assicurino la realizzazione di alcune regole deontologiche,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere anche per gli psicologi il ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, istituita ai sensi del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, di cui possano far parte un dirigente psicologo e otto psicologi di cui cinque effettivi e tre supplenti.

9/5440-AR/88. Rivolta.

---

La Camera,

premessi che:

a seguito delle modifiche all'articolo 117 del titolo V della Costituzione, avvenute nel 2001, alle regioni è stata demandata l'autonomia nella gestione e nell'organizzazione della sanità. Per questo, il compito dello Stato è oggi riconducibile ad indicare i principi fondamentali, mentre spetta alle regioni l'adozione di tutta la normativa di dettaglio;

in particolare due sentenze della Corte costituzionale hanno poi sottolineato che la materia della sanità, dopo la riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione, ricomprende sia la tutela della salute sia l'organizzazione sanitaria in senso stretto, nella quale le regioni possono adottare una disciplina anche sostitutiva di quella statale (sentenze n. 328 e n. 181 del 2006, n. 270 del 2005 e n. 510 del 2002);

l'organizzazione sanitaria riguarda i metodi e le prassi di razionale ed efficiente utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e materiali, destinate a rendere possibile l'erogazione del servizio (sentenza C.C. n. 105 del 2007). Al riguardo la prima Commissione affari costituzionali ha ricordato più volte, sia nel corso della trattazione del governo clinico sia nel suo ultimo parere sul presente decreto, che molte delle disposizioni contenute nel testo intervengono in sostanza in modo inopportuno, nel dettaglio, sulle materie che regolano l'organizzazione o sulla materia contrattualistica;

in particolare, in base al vigente quadro di riparto di competenze tra Stato e regioni con il cosiddetto decreto sanità si vanno ad invadere le competenze regionali nella disposizione che istituisce l'unità di *risk management*, osservatori per il monitoraggio dei contenziosi e istituzione dell'Osservatorio nazionale per il monitoraggio del rischio clinico, di cui all'articolo 3-bis;

si tratta infatti di una norma che disciplina nel dettaglio le competenze dell'unità di *risk management*, successivamente soppressa a seguito del rinvio del provvedimento in Commissione,

impegna il Governo

ad attenersi, nei futuri provvedimenti in materia di sanità, al riparto delle competenze tra Stato e regioni così come delineato nella Costituzione.

9/5440-AR/89. Grimoldi, Reguzzoni. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento si propone come obiettivo la promozione dello sviluppo del Paese anche con un più elevato livello di tutela della salute, mediante una serie di norme che si prefiggono la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria;

tale obiettivo può essere compiutamente raggiunto se viene assicurata ai cittadini, anche in forma anonima, la costante rilevazione del loro grado di soddisfazione e di eventuali criticità rispetto alle prestazioni sanitarie loro rese,

impegna il Governo

ad introdurre in tempi rapidi nell'ordinamento il principio del «*customer satisfaction*», al fine di coinvolgere il cittadino nella «*governance*» della sanità.

9/5440-AR/90. Di Vizia, Reguzzoni. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,

premessi che:

valutato il disegno di legge in esame nella parte ove si introducono misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

constatato che vi è in particolare l'intenzione di procedere alla progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco pubblico che risultano essere prossimi a luoghi frequentati da minori ed anziani;

vengono coinvolti nel processo di progressiva ricollocazione i punti di raccolta del gioco pubblico definiti «prossimi»;

tale definizione risulta essere vaga ed insufficiente a garantire il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo nelle fasce più deboli della popolazione, rendendosi necessaria l'indicazione esatta della distanza minima dei predetti luoghi,

impegna il Governo

a considerare nella pianificazione di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco, che sono da intendersi prossimi, i punti di raccolta situati a distanza inferiore a 500 metri dai luoghi sensibili indicati all'articolo 7 comma 10.

9/5440-AR/91. Maggioni, Reguzzoni. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

a seguito delle modifiche all'articolo 117 del titolo V della Costituzione, avvenute nel 2001, alle regioni è stata demandata l'autonomia nella gestione e nell'organizzazione della sanità. Per questo, il compito dello Stato è oggi riconducibile nell'indicare i principi fondamentali, mentre spetta alle regioni l'adozione di tutta la normativa di dettaglio;

in particolare due sentenze della Corte costituzionale hanno poi sottolineato che la materia della sanità, dopo la riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione, ricomprende sia la tutela della salute sia l'organizzazione sanitaria in senso stretto, nella quale le regioni possono adottare una disciplina anche sostitutiva di quella statale (sentenze n. 328 e 181 del 2006, n. 270 del 2005 e 510 del 2002);

l'organizzazione sanitaria riguarda i metodi e le prassi di razionale ed efficiente utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e materiali, destinate a rendere possibile l'erogazione del servizio (sentenza C.C. n. 105 del 2007). Al riguardo la prima Commissione affari costituzionali ha ricordato più volte, sia nel corso della trattazione del governo clinico sia nel suo ultimo parere sul presente decreto, che molte delle disposizioni contenute nel testo intervengono in sostanza in modo inopportuno, nel dettaglio, sulle materie che regolano l'organizzazione o sulla materia contrattualistica;

in particolare, in base al vigente quadro di riparto di competenze tra Stato e regioni con il cosiddetto decreto sanità si vanno ad invadere le competenze regionali in materia di dirigenza sanitaria e governo clinico, di cui all'articolo 4;

si tratta infatti di una norma che disciplina nel dettaglio i requisiti di accesso all'incarico di direttore generale o le procedure per la verifica dei dirigenti medici e sanitari;

tale disciplina di dettaglio verrebbe applicata indiscriminatamente in tutte le Regioni, comprese quelle virtuose, che hanno già individuato propri modelli funzionanti,

impegna il Governo

a valutare gli effetti della norma di cui in premessa al fine di assicurarne un'attuazione conforme al riparto costituzionale delle competenze in materia sanitaria.  
9/5440-AR/92. Crosio, Reguzzoni. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

valutate insufficienti le misure volte a conseguire un elevato livello di sicurezza alimentare e a salvaguardare le migliaia di imprese impegnate nelle produzioni di qualità e nella promozione dei prodotti tipici e locali anche al fine di tutelare gli interessi dei consumatori riguardo alle informazioni sull'origine degli alimenti;

visto che la promozione del valore delle produzioni passa attraverso la qualità e la tracciabilità degli alimenti e l'ampliamento delle informazioni ai consumatori riguardo alla origine geografica degli ingredienti utilizzati è l'unica reale garanzia di sicurezza per la salute dei consumatori oltre che strumento di contrasto al dilagare delle frodi alimentari;

preso atto che tra le produzioni di eccellenza dei nostri territori, quelle del comparto ortofrutta e in particolare gli agrumi, sono destinate prevalentemente all'industria di trasformazione per la produzione di succhi, la cui competitività è fortemente minacciata dalla concorrenza sfavorevole dei Paesi del mediterraneo e del sud America, a cui non corrisponde un adeguato livello qualitativo;

considerato che al fine di assicurare ai consumatori una corretta informazione sulle caratteristiche delle bevande analcoliche a base di frutta, nonché dei succhi di frutta e dei nettari, e di rafforzare la prevenzione e la repressione delle frodi alimentari è indispensabile riportare in etichetta l'indicazione del luogo di origine o di provenienza della frutta utilizzata,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di introdurre specifiche norme volte a rendere obbligatoria l'indicazione del luogo di origine della frutta utilizzata nella preparazione di bevande analcoliche, succhi e nettari.  
9/5440-AR/93. Callegari, Fogliato, Rainieri, Negro. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

analizzate le disposizioni relative all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria;

considerato che, dopo un regime di successive proroghe, viene istituzionalizzata l'*intramoenia* allargata negli studi professionali privati;

ritenuto che tale istituzionalizzazione risulta ancora una volta premiare le regioni non virtuose, che a fronte di risorse assegnate per l'adeguamento delle strutture sanitarie interne o al recupero di spazi e di strutture facenti parte del patrimonio immobiliare ospedaliero, non hanno provveduto ad adeguarsi;

infatti dal 1999 ad oggi ben poche regioni hanno provveduto all'adeguamento disattendendo di fatto la norma;

con l'introduzione della possibilità di *intramoenia* allargata a regime, a condizione di un collegamento ad una infrastruttura di rete entro il 30 aprile 2013, si pongono i presupposti per l'inizio di una nuova stagione di proroghe dell'*intramoenia* allargata al di fuori di ogni controllo ed a discapito del paziente,

impegna il Governo

a assicurare che il termine del 30 aprile 2013 sia tassativo e non prorogabile.  
9/5440-AR/94. Meroni. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

considerato che le recenti disposizioni introdotte con l'articolo 15, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, riguardanti l'obbligatorietà da parte del medico di indicare la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco, rischiano di danneggiare gravemente l'industria farmaceutica italiana, non recando al contempo alcun risparmio per il servizio sanitario nazionale;

preso atto che la Commissione attività produttive, nell'esprimere un parere favorevole sul richiamato provvedimento ha posto, tra le altre, la condizione di «disporre l'abrogazione del comma 11-*bis* dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, 135; 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135»,

impegna il Governo

ad assumere le necessarie iniziative al fine di modificare la disposizione di cui in premessa in modo tale da eliminare l'obbligatorietà da parte del medico di indicare la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco.

9/5440-AR/95. Consiglio. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
considerate le recenti modificazioni della normativa in materia di farmaci,

impegna il Governo

a valutare l'evoluzione della situazione conseguente all'introduzione della predetta normativa, coinvolgendo gli operatori del settore.

9/5440-AR/95. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA)**. Consiglio.

---

L'Assemblea,

considerata, in particolare, la norma di cui al comma 6 dell'articolo 1, in materia di adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, nell'ambito di un percorso che le regioni dovranno seguire per determinare l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale nei servizi di base;

preso atto che la Commissione Lavoro, nell'esprimere un parere favorevole sul provvedimento, ha posto, tra le altre, anche la condizione di sopprimere il comma 6, in quanto «(...) prevede una procedura sostitutiva che, sia pure di carattere provvisorio, appare sostanzialmente derogatoria rispetto all'autonomia negoziale delle parti, alle quali il comma 5 del medesimo articolo demanda il compito di adeguare gli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali»;

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi della norma citata nelle premesse al fine di assicurarne l'attuazione rispettosa dell'autonomia negoziale delle parti.

9/5440-AR/96. Chiappori. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

esaminate le disposizioni in materia di governo clinico e specificatamente quelle relative al collegio di direzione;

ravvisato che la formulazione della norma risulta essere invasiva della competenza regionale in quanto oltre a prevederne l'obbligatorietà vengono disciplinate nel dettaglio anche la composizione e le competenze del collegio di direzione tenuto conto dei rilievi della Commissione Affari costituzionali nel parere favorevole con condizioni, laddove ha evidenziato che «all'articolo 4, in materia di dirigenza sanitaria e governo clinico, siano riformulate le seguenti disposizioni, al fine di evitare di disciplinare nel dettaglio le materie da esse trattate: ...al comma 1, lettera f), che disciplina la composizione e le competenze del collegio di direzione,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi della norma di cui in premessa al fine di assicurare un più ampio rispetto delle competenze regionali in conformità del parere della I Commissione.

9/5440-AR/97. Buonanno. **(RESPINTO)**

---

L'Assemblea,

valutate, nel dettaglio, le disposizioni di cui all'articolo 4, in materia di dirigenza sanitaria e governo clinico;

preso atto che alla lettera *e-quater*), il comma 2 è finalizzato a salvaguardare i progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale in cui potrebbero trovarsi impegnati i professori universitari alla data di collocamento a riposo, riconoscendo loro la possibilità di continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista in tali progetti anche successivamente alla predetta data di collocamento a riposo;

la disposizione citata è stata soppressa a seguito del rinvio in Commissione del provvedimento,

impegna il Governo

a prevedere, in caso di reintroduzione della norma richiamata in premessa, che l'attività di ricerca espletata dai professori universitari dopo il collocamento a riposo sia a titolo non oneroso.

9/5440-AR/98. Cavallotto. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

valutato il disegno di legge in esame nella parte ove si introducono misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

vi è in particolare l'intenzione di procedere alla progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco pubblico che risultano essere prossimi a luoghi frequentati da minori ed anziani;

anche nella delega fiscale recentemente approvata si è manifestata la volontà di procedere con il riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici, che un ruolo fondamentale nella tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici può essere svolto dagli enti locali e dai sindaci in quanto migliori conoscitori del territorio;

sarebbe importante dare ai sindaci reali poteri decisionali in materia di giochi, in particolare sulle sale giochi e sugli apparecchi da intrattenimento e quindi coinvolgerli con pareri vincolanti anche nelle pianificazioni delle progressive ricollocazioni così come previste all'articolo 7 comma 10,

impegna il Governo

a prevedere, nell'ambito del riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici, l'attribuzione di poteri reali ai sindaci in materia di apertura di sale giochi ed installazione di apparecchi da intrattenimento negli esercizi pubblici e attribuire alle proposte dei comuni un potere reale anche in materia di ricollocazione dei giochi pubblici prossimi ai luoghi sensibili indicati dalla norma citata.

9/5440-AR/99. Montagnoli, Reguzzoni. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

considerato che all'articolo 5 si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

che risulta essere necessario includere nei LEA anche gli screening allargati per le malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche;

tale inserimento risulta essere prioritario in quanto le malattie genetiche metaboliche rare con diagnosi tempestive mediante screening neonatali, possono essere evitate,

impegna il Governo

ad adottare tempestivamente iniziative volte ad inserire specificatamente gli screening allargati per le malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche nei LEA.

9/5440-AR/100. Polledri. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

il decreto-legge sanità, così come modificato dalla commissione, ha come obiettivo la promozione dello sviluppo del paese anche con un più elevato livello di tutela della salute.

Attraverso una serie di norme si prevede la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria; tali esigenze, tuttavia non devono comportare, in particolare per le fasce più deboli della popolazione, quali ad esempio anziani, ulteriori e gravosi oneri;

in particolare è stata introdotta dal decreto legge una norma che prevede la tracciabilità dei pagamenti di tutte le prestazioni sanitarie al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, di qualsiasi importo;



tale previsione, che viene inserita nella disposizione che disciplina l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, non è formulata in modo tale da applicarsi esclusivamente per il pagamento delle prestazioni relative all'attività libero-professionale intra muraria o intramoenia allargata, ma sembra applicarsi a qualsiasi pagamento di prestazioni sanitarie;

è di tutta evidenza che si tratterebbe di un ulteriore aggravio di oneri per i cittadini, costretti a munirsi di strumenti di pagamento che assicurino la tracciabilità, quali bancomat e carte di credito, anche per pagamenti di modesto importo, e quindi al di sotto della soglia di utilizzo di contanti ed al di fuori dello stretto ambito dell'esigenza di combattere l'evasione da parte di chi esercita l'attività intramoenia allargata,

impegna il Governo

a valutare la portata applicativa della norma in modo tale che non sia penalizzata la fascia più debole della popolazione nell'utilizzo dei mezzi di tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni sanitarie.

9/5440-AR/101. Comaroli. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

valutate le misure volte a promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

considerato che la spesa sanitaria rappresenta una delle voci più importanti all'interno del bilancio dello Stato e si rende sempre più necessario intervenire per rivedere quelle inefficienze che per molti anni hanno caratterizzato la gestione sanitaria, soprattutto in certe Regioni e che hanno una diretta ricaduta proprio sul livello di tutela della salute;

il federalismo fiscale costituisce la modalità principale per razionalizzare e controllare in modo efficace la finanza pubblica italiana e specificatamente anche nel settore della sanità;

il graduale passaggio dal criterio della spesa storica a quello del fabbisogno standard è, tra i principi fondamentali della legge delega n. 42/2009 e si basa su una metodologia fondata da elementi di accompagnamento e condivisione, debitamente strutturata e mirata riguardo all'ambito dei fabbisogni *standard*;

l'applicazione di tagli lineari alle risorse del SSN in luogo di una piena e concreta applicazione dei fabbisogni e dei costi *standard*, così come previsti dal decreto legislativo 68 del 6 maggio 2011, determina una sperequazione tra chi ha già provveduto, in passato, ad efficientare il proprio sistema sanitario, e chi, dall'altro lato, non si è adoperato per tempo per gestire in modo oculato le risorse a disposizione,

impegna il Governo

a dare seguito nei modi e nei tempi definiti dalla normativa di settore vigente all'applicazione dei costi e dei fabbisogni standard sanitari, anche anticipandone l'entrata in vigore.

9/5440-AR/102. Fedriga. **(ACCOLTO COME RACCOMANDAZIONE)**

---

La Camera,

premessi che:

nel disegno di legge esaminato si prevede all'articolo 14 la razionalizzazione di taluni enti sanitari. La razionalizzazione, nell'ottica del principio della «spending review», principio che sta guidando l'azione del Governo, dovrebbe riguardare la soppressione o l'accorpamento di enti;

invece sorprendentemente nei commi 2 e 7 dell'articolo 14, si ritiene che l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) con sede a Roma e sedi distaccate nel Lazio, Puglia e Sicilia, debba essere invece trasformato in ente con personalità giuridica di diritto pubblico e dotato di uno stanziamento di 5 milioni di euro nell'anno 2012 e di euro 10 milioni a decorrere dall'anno 2013;

oltre all'attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti che negli anni hanno sempre trovato finanziamenti attraverso la partecipazione a progetti di ricerca nazionale ed internazionale, l'istituto nelle tre sedi regionali assicura altresì assistenza sanitaria agli immigrati mediante i rimborsi delle prestazioni a carico del SSN;

è di tutta evidenza che in un momento di grave crisi economica, che determina da parte del Governo drastici tagli lineari nel settore della sanità, mediante riduzione progressiva dei posti letto, dei fondi per le forniture, dei servizi in genere, e di pesanti tagli agli istituti di ricerca che si dedicano a progetti aventi pari importanza di quelli svolti dall'INMP, le risorse dovevano essere utilizzate ad esempio per mettere in sicurezza le strutture delle Regioni non sottoposte ai Piani di rientro dai disavanzi sanitari,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi della norma al fine di prevedere l'utilizzo di tali fondi anche per la messa in sicurezza delle strutture delle regioni non sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari.

9/5440-AR/103. Desiderati, Reguzzoni. **(RESPINTO)**

---

La Camera,

premessi che:

il testo del disegno di legge in esame contiene disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

l'articolo 7 del suddetto disegno di legge tratta la questione dell'innalzamento dei livelli di garanzia della salute sotto lo specifico profilo della tutela dei minori dai rischi connessi all'alcoolismo e alla ludopatia;

l'argomento si rivela particolarmente legato alla necessità che si preveda un vero e proprio sistema di prevenzione dei rischi, che potrebbe utilmente essere messo in atto tramite il coinvolgimento degli istituti di istruzione primaria e secondaria;

l'alcoolismo e la ludopatia rappresentano, infatti, un pericolo che può essere prevenuto attraverso l'impostazione di un programma educativo e formativo che già in età scolare informi i cittadini sulle possibili conseguenze negative legate all'abuso di alcoolici e dell'accostarsi ai giochi con vincite in denaro *et similia*;

già la disposizione di cui all'articolo 689 c.p. rubricato «Somministrazione di bevande alcoliche a minori o a infermi di mente», prevede il divieto di somministrare alcoolici ai minori di anni sedici ma, in considerazione delle modifiche già apportate dal testo del Ddd in questione, sarebbe opportuno elevare tale soglia agli anni diciotto;

già l'articolo 7, comma 5-*bis*, prevede la possibilità di coinvolgere gli istituti scolastici in progetti volti a rappresentare agli studenti il senso autentico del gioco e i potenziali rischi connessi all'abuso o all'errata percezione del medesimo;

già l'articolo 7, comma 10, prevede misure inerenti la riduzione del rischio di ludopatia attraverso disposizioni dirette ad allontanare le sale da gioco e gli esercizi in cui vi sia offerta di giochi pubblici, ovvero di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi lontano dai luoghi di aggregazione dei giovani, comprese le scuole,

impegna il Governo

a individuare misure che rendano obbligatorie campagne didattiche annuali volte a rappresentare agli studenti il senso autentico del gioco e i potenziali rischi connessi all'abuso o all'errata percezione del medesimo, nonché progetti educativi che evidenzino agli stessi i rischi connessi all'abuso di alcoolici ed eventualmente modificare, innalzandola, la soglia prevista all'articolo 689 c.p. per il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori da sedici a diciotto anni.  
9/5440-AR/104. Ria. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

il provvedimento di conversione del decreto-legge n. 158/2012 disciplina settori ed ambiti molteplici a tutela della salute, le cui finalità sono volte ad assicurare e garantire la continuità, la funzionalità e lo svolgimento delle particolari attività connesse ai bisogni di salute e dell'attività assistenziale e sanitaria;

nell'ambito delle disposizioni del settore agroalimentare il decreto-legge indica una serie di misure volte a garantire maggiore sicurezza alimentare dei prodotti di consumo;

il numero dei sequestri da parte dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e della repressione frodi di prodotti agroalimentari ICQRF, a cui si uniscono quelli di altre autorità di vigilanza e di repressione del fenomeno dell'agropirateria, risulta oramai con una frequenza molto intensa e certamente preoccupante,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, misure volte a potenziare l'operato da parte del suddetto Ispettorato, nell'ambito dei poteri di vigilanza e di repressione del fenomeno dell'agropirateria in Italia.  
9/5440-AR/105. Nastri. **(ACCETTATO)**

---

La Camera,  
premessi che:

il provvedimento approccia in modo innovativo il tema della promozione della qualità della vita dei cittadini;

oggi la collettività sopporta un costo sanitario e sociale per le seguenti problematiche: l'utilizzo di fumo, alcol e droghe; la cattiva alimentazione che causa molte patologie e l'obesità infantile; le dipendenze causate da ludopatia, videogiochi e internet; l'alterazione dei rapporti umani e familiari che sfociano in violenze e a volte in delitti;

tutto questo è conseguenza di una cultura sbagliata e di una mancanza di coscienza e consapevolezza, problemi che è possibile colmare partendo dalla scuola per formare individui più consapevoli e pertanto più felici e sani, riducendo così i costi per la collettività che scaturiscono dai cattivi stili di vita,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di promuovere un più ampio processo di sviluppo del Paese basato sul raggiungimento della qualità della vita e della salute, il che può avvenire intervenendo nella scuola primaria e secondaria con misure volte a:

sconfiggere la dipendenza dal fumo, dall'alcol e dalle droghe;  
promuovere la corretta alimentazione attraverso la dieta mediterranea e l'adozione nelle mense scolastiche dei prodotti alimentari autentici e sani;  
combattere qualsiasi forma di dipendenza nociva alla salute fisica e psichica;  
combattere la violenza favorendo, fin dalla scuola primaria e secondaria, la formazione di corrette relazioni umane e sociali e la promozione di nuovi equilibri tra uomo e donna all'insegna di rapporti paritari, equilibrati e rispettosi che sono alla base della stabilità della famiglia e della società;  
a valutare l'opportunità di istituire meccanismi fiscali incentivanti e premiali o disincentivanti così da stimolare comportamenti corretti dal punto di vista degli stili di vita.  
9/5440-AR/106. Cosenza.

---

La Camera,

premessi che:

il provvedimento approccia in modo innovativo il tema della promozione della qualità della vita dei cittadini;

oggi la collettività sopporta un costo sanitario e sociale per le seguenti problematiche: l'utilizzo di fumo, alcol e droghe; la cattiva alimentazione che causa molte patologie e l'obesità infantile; le dipendenze causate da ludopatia, videogiochi e internet; l'alterazione dei rapporti umani e familiari che sfociano in violenze e a volte in delitti;

tutto questo è conseguenza di una cultura sbagliata e di una mancanza di coscienza e consapevolezza, problemi che è possibile colmare partendo dalla scuola per formare individui più consapevoli e pertanto più felici e sani, riducendo così i costi per la collettività che scaturiscono dai cattivi stili di vita,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di promuovere un più ampio processo di sviluppo del Paese basato sul raggiungimento della qualità della vita e della salute, il che può avvenire intervenendo nella scuola primaria e secondaria con misure volte a:

sconfiggere la dipendenza dal fumo, dall'alcol e dalle droghe;  
promuovere la corretta alimentazione attraverso la dieta mediterranea e l'adozione nelle mense scolastiche dei prodotti alimentari autentici e sani;  
combattere qualsiasi forma di dipendenza nociva alla salute fisica e psichica;  
combattere la violenza favorendo, fin dalla scuola primaria e secondaria, la formazione di corrette relazioni umane e sociali e la promozione di nuovi equilibri tra uomo e donna all'insegna di rapporti paritari, equilibrati e rispettosi che sono alla base della stabilità della famiglia e della società;

a valutare l'opportunità di istituire meccanismi fiscali incentivanti e premiali o disincentivanti così da stimolare comportamenti corretti dal punto di vista degli stili di vita, compatibilmente con le esigenze di finanza pubblica.

9/5440-AR/106. **(TESTO MODIFICATO NEL CORSO DELLA SEDUTA).** Cosenza.