

Legislatura 17^a - 12^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 186 del 10/12/2014

RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2015 E PER IL TRIENNIO 2015-2017, E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (DISEGNI DI LEGGE NN. 1699 E 1699-BIS - TABELLA 14 E 14-BIS), E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698

La 12^a Commissione permanente;

esaminati i documenti in titolo;

premesso che le risorse pubbliche attribuite al finanziamento del SSN rappresentano non un mero costo di bilancio ma un investimento nello sviluppo civile, sociale ed economico del Paese, in quanto la filiera della salute, costituita da una rilevante concentrazione di fattori produttivi umani e tecnologici ad altissima contenuto di competenze, ricerca ed innovazione, nell'economia reale contribuisce al PIL secondo stime per il 12,5 per cento; presidia tutele di diritti posti a fondamento della identità e coesione sociale e redistribuisce reddito sotto forma di servizi alla persona proteggendo le fasce più deboli soprattutto in condizioni di crisi economica;

considerato che la garanzia di un quadro di certezze economiche alla programmazione regionale in materia sanitaria è un obiettivo da perseguire e soprattutto da tutelare nelle forme e nei contenuti più avanzati possibili, proprio nelle fasi più difficili anche come strumento di governo della crisi economica;

formula, per quanto di competenza, un rapporto favorevole,

con le seguenti osservazioni:

- 1) fermo restando il principio secondo cui i risparmi conseguiti nella gestione dei servizi sanitari restano nelle disponibilità delle Regioni per esclusive finalità sanitarie, la riduzione dei trasferimenti finanziari alle amministrazioni regionali e comunali implicherà oggettivamente ulteriori misure di contenimento della spesa sanitaria, esaltando quindi la necessità di azioni di monitoraggio e vigilanza sulla effettiva erogazione dei LEA e sui connessi profili di efficacia, qualità e sicurezza, anche mediante le incisive misure di commissariamento dei governi regionali e di decadenza dei vertici delle aziende sanitarie introdotte dal disegno di legge di stabilità;
- 2) la prevista confluenza delle quote fino ad oggi vincolate a specifici obiettivi di tutela di cui ai commi 229 e 230 dell'articolo 2 del disegno di legge di stabilità nel fondo sanitario da ripartire

secondo parametri di costi standard, pur rispondendo ad una logica di funzionalità e disponibilità delle risorse stesse, non deve trascurare una funzione di attenta valutazione sull'effettiva tutela dei soggetti e delle condizioni ai quali quei fondi erano riferiti. Potrebbe risultare coerente a tale scopo prevedere, anche con norme regolamentari, che l'esito di tale valutazione entri a far parte dei criteri per il riparto della quota premiale. Sempre con atti regolamentari sarebbe quindi appropriato identificare agili strutture di monitoraggio sull'erogazione di tali prestazioni, in relazione ai bisogni espressi sulla base di flussi informativi standardizzati;

3) il grande contributo che il SSN ha concretamente dato all'opera di contenimento della spesa pubblica e dei suoi riflessi sugli indici macroeconomici ha pesantemente gravato sulle condizioni di lavoro degli operatori ai quali vanno dati segnali di attenzione al loro status operativo, normativo e retributivo, a cominciare dalle situazioni più critiche sia nell'ambito ospedaliero (urgenze, emergenze, rianimazioni, trapianti, alta specialità) che in quello delle cure primarie (cure domiciliari integrate ai non autosufficienti, oncologici, psichiatrici);

4) la particolare attenzione che opportunamente viene rivolta alle attività di governo dei farmaci e dei presidi biomedicali e degli ausili nella logica del *technology assessment* necessita di una attenta rivalutazione del ruolo, delle competenze e della funzionalità operativa dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'AIFA quali riferimenti di eccellenza pubblica della ricerca e della valutazione di efficacia e sicurezza delle attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. A tale fine appaiono indispensabili interventi di stabilizzazione relativamente al personale di tali strutture, personale di elevata qualificazione oggi impiegato con contratti di lavoro precari e condizionato dalle commesse di ricerca o valutazione a tali enti affidati;

5) la disponibilità di farmaci ad altissima efficacia ed altissimo costo unitario per trattamento capaci di eradicare il virus della Epatite C, cambiando radicalmente la storia clinica dei soggetti infetti e i costi conseguenti al loro trattamento, rende improcrastinabile una misura specifica che, in coerenza con una strategia di approccio a tutti i farmaci innovativi, definisca, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici e priorità cliniche, una appropriata disponibilità economica e relative fonti di finanziamento;

6) la prevista disponibilità di risorse per l'edilizia sanitaria rappresenta lo sforzo massimo possibile in questa fase e proprio per questa ragione dovrebbe riconoscere tra i criteri di priorità di spesa un progetto per la messa in sicurezza degli ospedali.

Legislatura 17^a - 12^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 186 del 10/12/2014

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. 1698

~~G/1698/1/12~~

~~FUCKSIA, GAETTI, SIMEONI, CRIMI, PUGLIA, MONTEVECCHI, CASTALDI, BULGARELLI, VACCIANO, CATALFO, SERRA, SCIBONA, VICECONTE, SCAVONE, RIZZOTTI, TAVERNA, ICHINO~~

~~La 12a Commissione,~~

~~in sede di esame del disegno di legge recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)"~~

~~premessi che:~~

~~l'articolo 2 del provvedimento in esame reca norme per l'attuazione del Patto per la salute 2014-2016;~~

~~considerato che:~~

~~il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica è una fondazione privata senza scopo di lucro che, istituita dal Ministero della Salute nel 2001, ha sede operativa a Pavia;~~

~~il CNAO è il primo centro ospedaliero in Italia dedicato al trattamento dei tumori mediante l'adroterapia, una forma di radioterapia a fasci esterni che utilizza fasci di protoni, neutroni o ioni positivi per il trattamento dei tumori che non sono operabili e sono resistenti alla radioterapia tradizionale; il CNAO è l'unico in Italia a praticare l'adroterapia, il secondo in Europa e il terzo a livello mondiale;~~

~~il Centro è convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale e all'inizio di quest'anno ha ottenuto dall'Istituto Superiore di Sanità la marcatura europea CE;~~

~~l'articolo 1, comma 320 della legge 27 dicembre 2013, n. 147, ha stabilito che «Al fine di consentire le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2014 a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica (CNAO)»;~~

~~considerato inoltre che:~~

~~oggi il CNAO, a causa dei tagli ai finanziamenti, si trova in grande difficoltà e rischia di chiudere con grave danno per le diverse migliaia di pazienti oncologici che ogni anno in Italia avrebbero bisogno di un trattamento di adroterapia;~~

~~impegna il Governo:~~

~~a valutare di destinare le risorse necessarie a scongiurare il pericolo di chiusura del centro di eccellenza del CNAO in misura non inferiore a tre milioni di euro come previsto dalla legge di stabilità per il 2014 e consentire così la continuazione delle attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici.~~

G/1698/2/12

~~ANITORI, GRANAIOLA, BIANCONI, AIELLO, CONTE, FASIOLO, ORELLANA, MIRABELLI, MANCUSO, CUOMO, AMATI, MASTRANGELI, DE PIETRO, BOCCHINO, PEZZOPANE, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI, RIZZOTTI, FUCKSIA, PADUA~~

~~La 12a Commissione,~~

~~premessi che l'articolo 2, del provvedimento in esame tratta di norme per l'attuazione del~~

Patto per la salute 2014-2016

– considerato che:

l'Italia è il Paese europeo con la maggiore prevalenza di epatite C (HCV), con circa 400.000 casi diagnosticati, con 20.000 morti l'anno per cirrosi e tumore del fegato, di cui 10.000 correlati all'Epatite C, e con pazienti HCV positivi in attesa di un trapianto che rappresentano circa il 40-50 per cento del totale dei pazienti in lista di attesa;

– considerato inoltre che i nuovi medicinali innovativi per la cura di HCV – tra – cui il «sofosbuvir» recentemente approvato anche in Italia per tale patologia, incrementano significativamente i tassi di guarigione sino ad arrivare al 90-100 per cento;

– che da recenti dichiarazioni del Ministro della salute è ipotizzabile un percorso decennale per eradicare completamente l'epatite C dal nostro paese mediante un fondo *ad hoc* decennale per garantire l'accesso ai farmaci, preceduto da un censimento dei malati; fondo che ad oggi sarebbe privo di copertura finanziaria;

– considerato inoltre che 400.000 pazienti sono tuttora in attesa delle risposte da parte dei Ministri competenti in merito al finanziamento speciale che dovrebbe garantire questo importante farmaco salva vita e quelli che seguiranno a breve, efficaci e con effetti collaterali poco significativi per gli ammalati di epatite C;

– ed infine considerato che fornire una cura a tutte le persone affette da epatite c significa anche risparmiare miliardi di euro tuttora spesi per gestire le conseguenze della malattia non curata come giornate di lavoro perse a causa della cirrosi, tumori al fegato, trapianti, come anche tutti i costi indiretti sostenuti dalle persone malate e dalle loro famiglie;

impegna il Governo:

a quantificare con maggiore precisione le risorse economiche necessarie per garantire la rimborsabilità dei nuovi farmaci innovativi anti epatite C a tutti i pazienti affetti dalla patologia, al fine di una dettagliata programmazione di finanziamento a partire dal 2015;

ad implementare concretamente il Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali garantendo l'accesso alle nuove terapie anti HCV a carico del sistema sanitario nazionale a tutti i pazienti affetti da epatite C, nonché attraverso l'istituzione di un apposito fondo pluriennale vincolato di almeno 650 milioni di euro annui;

a garantire equità ed omogeneità di accesso ai nuovi medicinali innovativi anti epatite C da considerarsi salva vita per migliaia di pazienti e posti a carico del servizio sanitario nazionale in tutte le regioni d'Italia al fine di evitare disparità di accesso al trattamento e di migrazioni tra le regioni.

G/1698/3/12

FUCKSIA, MAURIZIO ROMANI, VICECONTE, SCAVONE, RIZZOTTI

La 12a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015);

premesso che l'Articolo 2 del provvedimento in esame reca norme per l'attuazione del Patto per la salute 2014-2016;

considerato che:

– l'Italia è il Paese europeo con la maggiore prevalenza di epatite C (HCV), con circa 400.000 casi diagnosticati, con 20.000 morti l'anno per cirrosi e tumore del fegato, di cui 10.000 correlati all'Epatite C, e con pazienti HCV positivi in attesa di un trapianto che rappresentano circa il 40-50 per cento del totale dei pazienti in lista di attesa;

– i nuovi medicinali innovativi per la cura di HCV – tra cui il «sofosbuvir» recentemente approvato anche in Italia per tale patologia, incrementano significativamente i tassi di guarigione sino ad arrivare al 90-100 per cento;

– da recenti dichiarazioni del Ministro della salute è ipotizzabile un percorso decennale per sradicare completamente l'epatite C dal nostro paese mediante un fondo *ad hoc* decennale per garantire l'accesso ai farmaci, preceduto da un censimento dei malati; fondo che ad oggi sarebbe

privo di copertura finanziaria;

considerato inoltre che:

– 400.000 pazienti sono tuttora in attesa delle risposte da parte dei Ministri competenti in merito al finanziamento speciale che dovrebbe garantire questo importante farmaco salvavita e quelli che seguiranno a breve, efficaci e con effetti collaterali poco significativi per gli ammalati di epatite C; fornire una cura a tutte le persone affette da epatite C significa anche risparmiare miliardi di euro tuttora spesi per gestire le conseguenze della malattia non curata come giornate di lavoro perse a causa della cirrosi, tumori al fegato, trapianti, come anche tutti i costi indiretti sostenuti dalle persone malate e dalle loro famiglie;

impegna il Governo:

a quantificare con maggiore precisione le risorse economiche necessarie per garantire la rimborsabilità dei nuovi farmaci innovativi anti epatite C a tutti i pazienti affetti dalla patologia, al fine di una dettagliata programmazione di finanziamento a partire dal 2015;

ad implementare concretamente il Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali garantendo l'accesso alle nuove terapie anti HCV a carico del sistema sanitario nazionale a tutti i pazienti affetti da epatite C, nonché attraverso l'istituzione di un apposito fondo pluriennale vincolato di almeno 650 milioni di euro annui;

a garantire equità ed omogeneità di accesso ai nuovi medicinali innovativi anti epatite C da considerarsi salva vita per migliaia di pazienti e posti a carico del servizio sanitario nazionale in tutte le regioni d'Italia al fine di evitare disparità di accesso al trattamento e di migrazioni tra le regioni.

G/1698/4/12

~~MATURANI, DIRINDIN, MATTESINI, PADUA, AMATI, ORRÙ, SPILABOTTE, FISSORE, PEZZOPANE, BORIOLI, ZANONI, MANASSERO, CHITI, CANTINI, GUERRA, DALLA ZUANNA, CIRINNÀ, FABBRI, VERDUCCI, GIACOBBE, SOLLO, ELENA FERRARA, COLLINA, ASTORRE, DE BIASI, BIANCO, GRANAIOLA, SILVESTRO, ROMANO, MAURIZIO ROMANI, ANITORI, VICECONTE, SCAVONE, VALDINOSI, RIZZOTTI~~

~~La 12a Commissione,~~

~~in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015) (A. S. 1698),~~

~~premesso che:~~

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

~~le ricerche sulla maternità in campo psicologico e sociale, hanno da tempo evidenziato la necessità di dare aiuto alle donne, le cui trasformazioni psicofisiologiche nella gravidanza e nel puerperio provocano in alcune di loro un'elevata vulnerabilità sufficiente a provocare stati di profondo disagio psicologico, disturbi dell'umore o dell'adattamento al ruolo materno di tipo più o meno grave;~~

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

~~considerato che:~~

~~a fronte di un disagio sempre più diffuso e con esiti, come riportati dalle cronache, spesso~~