

***(Misure per contrastare il fenomeno della cosiddetta povertà sanitaria – n. 3-00294)***

PRESIDENTE. La deputata Ileana Cathia Piazzoni ha facoltà di illustrare la sua interrogazione n. 3-00294 concernente misure per contrastare il fenomeno della cosiddetta povertà sanitaria (*Vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata*).

ILEANA CATHIA PIAZZONI. Signora Presidente, signora Ministro, gli incredibili livelli di disuguaglianza raggiunti nel nostro Paese, unitamente alle conseguenze della drammatica crisi economica, stanno peggiorando le condizioni di vita di moltissime persone. Se prima la crisi colpiva le famiglie, costringendole a fare a meno di alimenti, vestiario e generi di consumo, oggi è in difficoltà anche la capacità di procurarsi medicine. Secondo un dossier realizzato dalla Fondazione banco farmaceutico ONLUS, infatti, in Italia dal 2006 al 2013 è aumentata la povertà sanitaria in media del 97 per cento. Sono cioè raddoppiati i cittadini che hanno difficoltà ad acquistare medicinali, anche quelli con prescrizione medica; è uno scenario di eccezionale gravità che colpisce in modo profondo il diritto alla salute e l'accesso alla cura dei cittadini più deboli e bisognosi. Per questo vogliamo sapere quali iniziative urgenti intenda assumere il Governo al fine di garantire il pieno rispetto del Pag. 94 principio costituzionalmente tutelato del diritto alla salute e dell'accesso alle cure dei cittadini più deboli del nostro Paese.

PRESIDENTE. La Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, ha facoltà di rispondere per tre minuti.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Signora Presidente, preliminarmente intendo ribadire in questa sede, con riferimento al principio di accesso universale alle cure, quale punto di forza del Servizio sanitario nazionale, quanto già ho avuto modo di comunicare nell'ambito delle linee programmatiche della politica in maniera sanitaria. Tale principio rientra tra le priorità del Governo e tra quelle mie personali. Si tratta di un tema che, come è a tutti noto, riveste particolare delicatezza e complessità perché implica la capacità di assicurare che il diritto alla salute sia effettivo per tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale senza distinzione di condizioni economiche e sociali. È dunque necessario profondere ogni sforzo, nella consapevolezza degli attuali vincoli di bilancio, per individuare gli strumenti più idonei affinché, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, il diritto all'assistenza, compresa quella farmaceutica, sia garantito in condizioni di effettiva uguaglianza tra gli assistiti. Venendo alle specifiche questioni sollevate con l'atto ispettivo in esame, relative alla difficoltà di accesso ai medicinali da parte delle famiglie indigenti e dei cittadini in maggiore difficoltà, occorre preliminarmente osservare che la classificazione dei medicinali che l'AIFA compie nell'adempimento dei propri compiti istituzionali, distinguendo tra la fascia A e C, comprensiva dei farmaci da banco, cosiddetta categoria C *bis*, ed H, è operata proprio con il principio obiettivo di garantire comunque a tutti, a prescindere dalle condizioni reddituali, l'accesso alle cure essenziali e le terapie per il trattamento delle patologie croniche.

Pag. 95

I medicinali di fascia A o H, cioè quelli ospedalieri, come è noto, sono impiegati per patologie gravi, croniche e acute e, in quanto ritenuti essenziali per assicurare le cure previste nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I farmaci di fascia C sono invece i medicinali utilizzati per patologie di lieve entità o considerati minori, che pertanto non sono considerati essenziali o salvavita.

311 Con la legge n. del 2004 è stata individuata una nuova fascia di medicinali, la C-*bis*, che comprende i medicinali non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico, cioè

medicinali di automedicazione. I medicinali della fascia C e C-bis sono a totale carico del paziente. Pertanto, laddove vi sia necessità di assicurare cure indispensabili alla sopravvivenza e al benessere degli individui, il sistema vigente prevede un efficiente meccanismo di copertura dei costi volto a garantire a tutti la gratuità delle terapie.

Parziali variazioni in questo senso possono registrarsi tra regione e regione in relazione alla possibilità di introduzione dei cosiddetti ticket sanitari, misure di compartecipazione alla spesa sanitaria il cui importo dipende dalle decisioni assunte in piena autonomia nei diversi sistemi regionali. Va comunque evidenziato che tale misura di compartecipazione non può essere richiesta a tutti in modo indiscriminato, vigendo un sistema nazionale che prevede l'esenzione della compartecipazione alla spesa sulla base di alcuni parametri legati a fattori quali il reddito, la patologia e l'età. Scopo di tale sistema è dunque quello di garantire l'equità nell'accesso alle cure in condizioni di uguaglianza. A tal riguardo, mi preme sottolineare l'impegno del Governo e mio particolare a continuare a garantire questo principio fondamentale. A tale proposito, ricordo la mia iniziativa tradotta in una norma già vigente, in quanto approvata dal decreto-legge cosiddetto del «fare», che dimezza i tempi delle procedure autorizzative dei medicinali innovativi di particolare rilevanza terapeutica a favore dei pazienti.

PRESIDENTE. La deputata Piazzoni ha facoltà di replicare.

ILEANA CATHIA PIAZZONI. Signor Presidente, ringrazio il Ministro ovviamente per il principio, l'idea di dovere comunque Pag. 96 intervenire, comunque garantire il diritto alla salute. Tuttavia, mi permetto di sottolineare che la presunta autonomia regionale è molto relativa, laddove sappiamo tutti che per i tagli alla sanità che vengono costantemente inflitti, ormai senza più limiti e soprattutto per le regioni commissariate, i ticket diventano praticamente inevitabili. Questo fa sì, contemporaneamente alla decrescita rapida del livello di reddito delle persone, che anche quel ticket, che viene considerato una cosa minima, diventi qualcosa di insuperabile, ciò che effettivamente mette nelle condizioni di non potersi curare. Conosco e conosciamo ovviamente bene il sistema delle esenzioni, sia per quanto riguarda le patologie sia per quanto riguarda i livelli di reddito, ma tutto questo, secondo i dati che ci sono stati portati, avviene proprio in regime di questo sistema, quindi è chiaro che non è più sufficiente.

Non voglio fare allarmismi, tuttavia la cosa che colpisce veramente molto è il fatto che ONG e associazioni importanti, che di solito operano in questo senso soprattutto per poter dare cure – perché poi parliamo non solo di medicinali, ma anche della possibilità di curarsi e di avere un medico a disposizione –, che operavano normalmente nei Paesi in via di sviluppo oppure in zone di guerra, oggi stanno stabilmente ad Atene e in altre città della Grecia, una nazione che ha su di sé il peso di una continua politica di tagli a cui sembriamo pericolosamente indirizzati. Io vorrei che ci rendessimo conto che siamo veramente a un passo dalla via del non ritorno.

PRESIDENTE. La prego di concludere.

ILEANA CATHIA PIAZZONI. Forse in quest'Aula – e concludo subito –, piuttosto che parlare di scontrini della buvette, dei guai giudiziari di un senatore o di un congresso di partito, dovremmo veramente metterci a capire come uscire da questa situazione (*Applausi dei deputati del gruppo Sinistra Ecologia Libertà*).

***(Iniziativa per potenziare la sicurezza negli ambulatori di psichiatria – n. 3-00295)***

PRESIDENTE. La deputata Binetti ha facoltà di illustrare la sua interrogazione n. 3-00295 concernente iniziative per Pag. 97 potenziare la sicurezza negli ambulatori di psichiatria (*Vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata*), per un minuto.

PAOLA BINETTI. Signor Presidente, credo che il fatto di cronaca di partenza sia noto a tutti noi, e ci ha colpito per la gravità dei risultati che ha avuto la morte della collega Paola Labriola, mentre era nell'esercizio del suo lavoro professionale di psichiatra a Bari. Quello che a me interessa illustrare, così brevemente, sono tre fattori; il primo è la necessità di ripensare i modelli organizzativi degli ambulatori di psichiatria: non si tratta di ambulatori i cui tempi possono essere ottimizzati e ricondotti all'interno di una logica aziendalistica immediatamente prevedibile. Di fatto, quel giorno, quel paziente era alla sua terza visita in una struttura di tipo sanitario e in tutte e tre le volte, salvo l'ultima in cui appunto poi è morta la collega, era stato come dire rimandato ad altra sede, perché incapaci di provvedere con sicurezza. Il secondo punto, che voglio sottolineare, è come questo 180, i richieda davvero una possibilità di ripensare all'interno della legge n. modelli dell'organizzazione psichiatrica soprattutto per quanto attiene alla medicina territoriale.

PRESIDENTE. Il Ministro della salute ha facoltà di rispondere.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Signor Presidente, ringrazio fuori dai protocolli gli onorevoli interroganti per avermi fornito la possibilità di soffermarmi su un episodio di gravità inaudita che ha sconvolto le coscienze di tutti i cittadini ed ha posto, in tutta la sua drammaticità, il problema della tutela dei tanti operatori sanitari che, nelle strutture di salute mentale, ogni giorno svolgono le loro funzioni spesso in condizioni di grandissimo disagio. Nell'imminenza dell'aggressione con esito fatale occorsa alla dottoressa Paola Labriola, nella mia qualità di Ministro della salute ho provveduto a chiedere alle autorità regionali competenti nonché a quelle aziendali un'urgente relazione sull'accaduto. Non appena tali informazioni saranno disponibili sarà mia cura informare gli onorevoli interroganti. Pag. 98

La regione, specificatamente sollecitata sul tema, mi ha assicurato di aver programmato incontri con gli operatori del settore in diverse sedi per individuare le più opportune soluzioni atte a garantire sul territorio pugliese la sicurezza degli stessi operatori e nel contempo la qualità degli interventi tecno-sanitari. È, a mio avviso, comunque necessario avviare un processo di rivisitazione dei modelli organizzativi generali relativi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, riabilitative nel settore della psichiatria del quale deve essere data ogni opportuna informazione nelle sedi istituzionali, regionali e nazionali.

Per quanto attiene alle iniziative già in atto per prevenire fatti di sangue come quello in esame, già nel mese del novembre 2007, il Ministero della salute ha adottato e divulgato la 8 recante raccomandazione n. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Tale raccomandazione rappresenta un primo passo, purtroppo rilevatosi non decisivo, affinché si attuino misure di prevenzione e protezione degli operatori sanitari del settore. Con la 8 il ministero ha inteso incoraggiare l'analisi dei luoghi di raccomandazione n. lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza o attenuarne le conseguenze negative.

È, inoltre, segnalato che i momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nelle risposte all'emergenza, nelle ore notturne; mentre le aree più rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza o di trattamenti acuto.

8 è stata elaborata con la La raccomandazione n. collaborazione di esperti di regioni e province autonome e con tali enti concertata ed è diretta a tutte le strutture sanitarie ospedaliere

e territoriali con priorità per le attività considerate a più alto rischio: aree di emergenza, servizi psichiatrici, SERT, continuità assistenziale e servizi di geriatria nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata. È mia ferma intenzione proseguire sul percorso attivato sottoponendo a revisione, nell'ottica dell'aumento del livello di tutela degli operatori sanitari e della 8, chiamando a maggiore effettività della tutela stessa, la raccomandazione n. raccolta Pag. 99 regioni ed associazioni di operatori e pazienti. Per raggiungere tale obiettivo potrebbero rendersi necessarie anche le iniziative legislative che potranno richiedere l'appostazione di risorse finanziarie. A tal fine intendo portare la questione all'attenzione dei colleghi ministri dell'interno, dell'economia e delle finanze affinché già nella prossima Legge di stabilità possano essere date le necessarie e improrogabili risposte.

PRESIDENTE. La deputata Paola Binetti ha facoltà di replicare.

PAOLA BINETTI. Signor Presidente, il ministro ha fatto riferimento ad una raccomandazione approvata circa sei, sette anni fa, raccomandazione che però i fatti ci dicono non trovare poi sul campo una piena applicazione. Quindi, la prima cosa da chiedersi è: perché una raccomandazione non trova applicazione, se non perché le risorse, anche in questo caso, le risorse umane che dovrebbero in qualche modo aiutare a far fronte al disagio psicologico, al disagio psichiatrico, al disagio grave, non possono essere adeguate ?

Pag. 100

Quindi il primo punto è di carattere generale e riguarda in qualche modo la disponibilità di risorse, comprese le risorse umane: siamo in un'epoca di *spending review* molto pesante, che ha toccato in particolare proprio l'assistenza psichiatrica.

Il secondo punto però, Ministro, è la concretezza di un caso conosciuto, prevedibile perché da parte di quel paziente (lo voglio chiamare paziente, ma in realtà quello è un omicida) era prevedibile quel comportamento, perché già più volte vi era incorso, e quella stessa mattinata chi lo ha ascoltato per la prima volta doveva avere recepito questi segnali di allarme. In questi casi non può scattare solo il discorso dell'assistenza psichiatrica, ma anche in qualche modo il discorso della prevenzione dalla violenza e dall'aggressione, che è il grande discorso complesso che riguarda la pericolosità del paziente psichiatrico in certi momenti e certe fasi della sua patologia. Credo che su questo valga la pena davvero attivare e riattivare un discorso di riflessione, che non può esser solo culturale e scientifico sui modelli: dev'essere anche, come giustamente lei ha detto, un discorso che investa nuove risorse. Abbiamo bisogno di risorse per fronteggiare questi pazienti: il modello che in qualche modo storicamente ha sottratto i pazienti psichiatrici a quello che era un contenimento sgradevole...

PRESIDENTE. La invito a concludere.

PAOLA BINETTI. Sgradevole è una parola riduttiva: a volte francamente disumano, come era quello dell'ospedale psichiatrico. Pur tuttavia, tale modello necessita che sul territorio siano molte di più le risorse di accompagnamento, che non sono solo risorse di cura: sono veramente risorse di accompagnamento per questi pazienti. Nel caso specifico, quel paziente era in cerca di soldi,...

PRESIDENTE. Deve concludere, onorevole Binetti.

PAOLA BINETTI. ...per potersi procurare della droga.

***(Problematiche riguardanti il rispetto dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del territorio dell'azienda sanitaria locale Na3sud in Campania – n. 3-00296)***

Pag. 101

PRESIDENTE. L'onorevole Formisano ha facoltà di illustrare la sua interrogazione n. 3-00296, concernente problematiche riguardanti il rispetto dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del territorio dell'azienda sanitaria locale Na3sud in Campania (*Vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata*).

ANIELLO FORMISANO. Signor Presidente, Ministro, dico subito che la necessità di svolgere un *question time* nasce dalla mancata evasione che il Ministero della salute ha ritenuto di operare su una interrogazione precedente, presentata non solo dal sottoscritto ma dall'onorevole Scotto, dall'onorevole Bossa, dall'onorevole Gallo, dall'onorevole Piccolo. È da aprile che aspettiamo di capire, rispetto alle questioni sollevate in quell'interrogazione, qual è l'orientamento ministeriale. Siamo in una regione commissariata, siamo in una regione in cui il rapporto abitanti-posti letto è un decimo del rapporto nazionale. Lo dico con enfasi, perché tutta la ristrutturazione ospedaliera – non sanitaria, ospedaliera – verte su questo fatto: contenimento della spesa, però poi nessuno va a guardare che col contenimento della spesa si abbassa il livello di prestazioni in una regione già martoriata, per altro verso.

PRESIDENTE. La invito a concludere.

ANIELLO FORMISANO. Rispetto al 3,6 per cento nazionale, siamo allo 0,3 nel rapporto cittadini-posti letto ospedalieri.

Vi sono delle cose che il vostro Commissario, Ministro, ha tentato di fare.

PRESIDENTE. Grazie, deve concludere.

ANIELLO FORMISANO. Sì, concludo. Vi sono delle cose che il commissario, il subcommissario per la verità, ha tentato di fare, ma che sono rimaste carta straccia, non realizzate. Gradiremmo conoscere, almeno su quello, se il Ministro intende esercitare i poteri sostitutivi che la legge le consente.

PRESIDENTE. Il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha facoltà di rispondere.

Pag. 102

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Signor Presidente, allo scopo di perseguire obiettivi di razionalizzazione e maggiore efficienza ed economicità del sistema sanitario, il decreto del commissario *ad acta* per 49 del 2010, recante l'attuazione del piano di rientro della regione Campania n. il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, prevede l'integrazione in un unico presidio ospedaliero di strutture pubbliche di ricovero caratterizzate da contiguità territoriale, con la finalità di accorpare unità operative della medesima disciplina, razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, riordinare i processi di acquisto di beni e servizi. 3 sud ha Nell'ambito di tale processo di riorganizzazione, la ASL n. previsto che il presidio ospedaliero di Maresca a Torre del Greco sia riconvertito in struttura ospedaliera di tipo riabilitativo, destinata ad ospitare una struttura polifunzionale per la salute, le cui unità operative per acuti confluiranno nell'ospedale di Boscotrecase, individuato quale *spoke* per la rete

cardiologica.

L'intervento che coinvolge l'ospedale Maresca e l'ospedale di Boscotrecase risulta pertanto coerente con 49 del 2010, che prevede l'individuazione del P.O. gli obiettivi del decreto n. Boscotrecase quale *spoke* per la rete cardiologica e la riorganizzazione programmata dei punti nascita. Per il P.O Maresca di Torre del Greco il medesimo decreto prevede che il relativo punto nascita, con annessa la neonatologia, confluisca nel presidio di Boscotrecase, nelle more del completamento della nuova azienda ospedaliera «Ospedale del mare».

Dai programmi operativi 2013-2015 proposti dalla regione Campania ed approvati con decreti commissariali 153 e 24, emerge che il processo di riconversione del P.O. Maresca-Torre del Greco in struttura ospedaliera ad indirizzo riabilitativo non risulta ancora completato e che pertanto la struttura commissariale provvederà a richiedere ai direttori generali una dettagliata analisi degli ostacoli che ne hanno impedito la riconversione, impegnandosi, sulla base delle dichiarazioni rese dai direttori, a formulare un nuovo cronoprogramma con le azioni pianificate ed i relativi tempi.

Il completamento del processo di riconversione delineato 49 del 2010 relativamente al P.O. di cui trattasi dal decreto n. Pag. 103 contempla anche l'attivazione del percorso emergenziale presso l'Ospedale del Mare di Ponticelli, struttura polifunzionale tuttora in costruzione. Da ultimo, osservo che l'ASL 3sud è dotata di uno standard di 1,8 posti letto per mille abitanti già attivo e di oltre 2 posti letto per mille abitanti già programmato.

Il predetto standard è determinato a livelli regionali e non aziendali, per cui le discipline di alta specialità sono concentrate nei capoluoghi. Pertanto, il territorio dell'ASL 3sud, che confina con la città di Napoli, può usufruire delle strutture assistenziali del capoluogo campano.

Per ciò che concerne le ulteriori censure mosse al piano di rientro in relazione agli asseriti disavanzi e sprechi dell'amministrazione sanitaria regionale campana, occorre segnalare che sia il comitato di verifica dei LEA sia il tavolo di verifica ministeriale, organismi ai quali partecipano anche rappresentanti delle regioni, in data 25 luglio 2013 hanno certificato l'equilibrio del risultato di gestione dell'anno 2012 del sistema sanitario campano.

Tanto evidenziato, l'interrogazione pone comunque un tema che non intendo affatto ignorare. Riconosco che la disciplina della gestione sanitaria nelle regioni sottoposte a piano di rientro ad oggi privilegia gli obiettivi di equilibrio di bilancio e di stabilità finanziaria rispetto a quelli, altrettanto fondamentali ed ineludibili, degli standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni erogate agli assistiti del Servizio sanitario nazionale.

Sul tema, è mia ferma intenzione, nell'ambito del nuovo patto della salute, proporre un lento cambiamento di rotta per garantire, nel rispetto degli equilibri di bilancio e tenuto anche conto dei risultati, più che confortanti, già raggiunti in tale ambito, maggiore adeguatezza a standard elevati delle prestazioni di assistenza sanitaria delle regioni sottoposte a piani di rientro.

PRESIDENTE. Il deputato Aniello Formisano ha facoltà di replicare.

ANIELLO FORMISANO. Signor Ministro, nella parte finale del suo intervento vi è uno spiraglio. Devo, però, dire che, probabilmente, chi le ha approntato la risposta ha del tutto Pag. 104 o messo di conoscere un provvedimento del subcommissario del 29 luglio 2011 – subcommissario, quindi emanazione diretta del Ministro –, quindi successivo al piano di rientro a cui faceva riferimento lei, nel quale si prevedevano per il Maresca 16 posti letto destinati al reparto di chirurgia, 22 posti letto destinati al reparto di medicina, 10 posti letto destinati al reparto di gastroenterologia, 16 posti letto destinati al reparto di servizio psichiatrico di diagnosi e cura e 70 posti letto per la riabilitazione.

Ciò grazie al frutto di battaglie che i comitati hanno fatto nella zona (parliamo di un bacino di

utenza di 350 mila abitanti) e sulla base della considerazione, che anche lei faceva nelle sue conclusioni, anche se con percentuali diverse, che siamo in presenza di un rapporto posti letto/abitanti sicuramente inferiore alla media nazionale.

Nella parte finale, poi, lei ha recuperato dicendo che si ha intenzione, che questo Ministero, che anche noi sosteniamo, ha intenzione, di cambiare indirizzo. La attendiamo sui fatti, Ministro. Queste sono situazioni sulle quali i numeri possono sembrare aridi, ma quando uno le vive direttamente ed in prima persona, con i propri concittadini, con i propri conterranei, si rende conto di quanto sia importante che siano affrontate e risolte.

Occorre buonsenso nella riduzione dei costi pubblici, ma anche il buonsenso nel mantenimento di una sanità pubblica, che non decada e che non renda indispensabile il ricorso alla sanità privata: deve essere un obiettivo che dobbiamo perseguire. La attendiamo sui fatti, soprattutto in relazione alle ultime considerazioni che lei ha esposto, e la invitiamo anche un po' a rivedere le notizie sulla base delle quali lei ha fornito la risposta oggi qui in Aula.

***(Misure a favore dei cittadini infettati da emoderivati, trasfusioni e vaccinazioni, anche alla luce di una recente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo – n. 3-00297)***

PRESIDENTE. La deputata Lenzi ha facoltà di illustrare la sua interrogazione n. 3-00297, concernente misure a favore dei cittadini infettati da emoderivati, trasfusioni e vaccinazioni, Pag. 105 anche alla luce di una recente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (*Vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata*).

Pag. 106

DONATA LENZI. Signor Presidente, il 3 settembre di quest'anno la Corte europea ha condannato lo Stato italiano a versare l'adeguamento dell'indennità a tutti i cittadini infettati da HIV, epatite B e C, dopo una trasfusione o somministrazione di emoderivati. Si tratta dell'ennesimo passo in avanti di una dolorosa *telenovela* che non è imputabile certo solo all'ultimo Ministro, ma risale alla mancata responsabilità dello Stato italiano nei confronti di 60 mila cittadini che hanno pagato le conseguenze di errate trasfusioni.

A questa ulteriore condanna, che si aggiunge alla dichiarazione della Corte costituzionale di illegittimità costituzionale del 78 del 2010, che prevedeva il divieto della rivalutazione di decreto-legge n. quelle indennità, vanno aggiunte le situazioni delle tante, tante cause ancora in corso per transazioni finanziarie con lo Stato e che riguardano danneggiati che non hanno avuto neanche il riconoscimento di giustizia. La richiesta è come si intenda far fronte agli impegni che la Corte di Strasburgo ci ha posto in essere.

PRESIDENTE. La Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, ha facoltà di rispondere.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Signor Presidente, vorrei ringraziare gli onorevoli interroganti per l'occasione che mi forniscono di comunicare in merito ad una tematica di estrema delicatezza e di indubbio impatto sociale, oltre che di significativa rilevanza finanziaria. Come è noto, il Ministero della salute, in attuazione delle disposizioni contenute nella 210, eroga ai soggetti danneggiati da conseguenze di legge 25 febbraio 1992, n. tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, un indennizzo vitalizio. Tale indennizzo consta di due componenti: l'indennizzo vero e proprio, che configura parte quantitativamente meno rilevante, e l'indennità integrativa speciale. Sull'indennità integrativa speciale sono sorti rilevanti contrasti giurisprudenziali anche presso la Corte di cassazione, in ordine alla necessità di riconoscimento della Pag. 107 rivalutazione monetaria. Sul tema è

intervenuto l'articolo 11, comma 13, del decreto-legge del 31 maggio 2010, 122, 78, convertito, con modificazioni, dalla legge del 30 luglio 2010, n. n. che ha escluso la rivalutazione dell'indennità integrativa speciale. Poiché la citata disposizione è stata dichiarata incostituzionale, come è stato detto, con 293 del 2011 della Corte, il Ministero della salute si è la sentenza n. immediatamente attivato per adeguare, riconoscendo la rivalutazione monetaria, l'indennità integrativa speciale spettante ai soggetti beneficiari della legge 210 del 1992, di competenza statale, con decorrenza dal primo gennaio 2012. n. Al fine di riconoscere ai medesimi aventi diritto anche gli arretrati sulle somme già corrisposte, ancor prima che intervenisse la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, richiamata dagli onorevoli interroganti, il Ministero della salute ha reperito e impegnato le risorse finanziarie allo scopo necessarie, ovviamente tenendo conto degli effetti del principio di carattere generale del nostro ordinamento concernente la prescrizione ordinaria decennale.

È stato pertanto avviato nel corso del primo semestre del corrente anno un progetto finalizzato alla corresponsione di tali somme, progetto destinato a concludersi in tempi brevi. In seguito alla sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 3 settembre 2013 che ha riconosciuto la rivalutazione dell'indennità integrativa speciale sin dal momento dell'accertamento del diritto dell'indennizzo, senza fare applicazione della prescrizione ordinaria decennale, si rende necessario reperire ulteriori risorse per garantire l'integrale pagamento degli arretrati agli aventi diritto. Il Ministero della salute ha stimato in circa 100 milioni di euro tale nuova esigenza finanziaria. In vista della prossima legge di stabilità intendo avviare ogni iniziativa necessaria affinché in detta legge sia introdotta una specifica disposizione idonea a garantire la compiuta esecuzione della sentenza della CEDU.

PRESIDENTE. La deputata Donata Lenzi ha facoltà di replicare.

DONATA LENZI. Signor Presidente, in questo suo impegno, Ministro, per reperire i 100 milioni per pagare gli arretrati e venire incontro, lei troverà il Partito Democratico impegnato sicuramente al suo fianco e, penso, tutto il Parlamento, che in Pag. 108 genere su questo tema ha dimostrato unità. Mi permetto di rappresentarle che, appunto, esistono ancora situazioni – lei ne faceva cenno – che sono sottoposte alla tagliola della prescrizione, che sono in corso di giudizio, nei confronti dei quali rimangono aperte questioni che potrebbero a loro volta – mi dicono le associazioni – essere portate alla Corte di Strasburgo. Quindi anche quello sarà un passo avanti, ma ancora non del tutto definitivo. Comunque, l'impegno è da apprezzare e penso sia apprezzato anche dai danneggiati.

***(Iniziativa in relazione alla vendita on line di medicinali soggetti a prescrizione medica – n. 3-00298)***

PRESIDENTE. Il deputato Raffaele Calabrò ha facoltà di illustrare la sua interrogazione n. 3-00298, concernente iniziative in relazione alla vendita *on line* di medicinali soggetti a prescrizione medica (*Vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata*).

RAFFAELE CALABRÒ. Abbiamo ascoltato della povertà sanitaria un attimo fa, soprattutto a proposito dell'acquisto di medicine. Bene, esistono anche paradossalmente fenomeni opposti, fenomeni dove esiste addirittura un sito – che è [www.121doc.it](http://www.121doc.it) – dove si effettua la vendita *on line* di medicinali che dovrebbero essere soggetti a prescrizione medica. Peraltro, questo avviene principalmente in patologie molto diffuse, tipo l'obesità – lei sa che il nostro Paese, alcune regioni in particolare rappresentano l'apice del livello di obesità che abbiamo in Europa –, ma che



comportano anche l'utilizzo di farmaci a grande rischio se non hanno una previa valutazione clinica. I farmaci per l'obesità sono farmaci che possono danneggiare significativamente l'organismo umano, se non si fa una valutazione attenta di quali sono le caratteristiche cliniche del soggetto. Oppure si tratta di farmaci anche molto diffusi, tipo farmaci per la contraccezione o le patologie sessuali. Siamo, in un certo senso, alla medicina fai da te; siamo, in un certo senso, alla maniera tecnologica di aggirare le norme.

Bene, nei giorni scorsi – e mi avvio alla conclusione – c'è stato anche un messaggio promozionale su una rivista femminile sull'utilizzo della pillola contraccettiva e sulla possibilità di ottenerne la consegna a casa in 24 ore...

Pag. 109

PRESIDENTE. Ha concluso suo tempo.

RAFFAELE CALABRÒ. Vorrei chiedere al Ministro cosa intende fare per rispetto alla norma nazionale, europea e per rispetto alla salute.

PRESIDENTE. Il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha facoltà di rispondere.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Signor Presidente, la questione sollevata dall'onorevole interrogante è oggetto di massima attenzione da parte del Ministero della salute, che in merito ha avviato, con il supporto dell'Aifa, consultazioni con altre autorità italiane e internazionali al fine di adottare un approccio coordinato alla risoluzione del problema della sicurezza dei procedimenti di vendita *on line* dei farmaci e, più specificatamente, delle offerte per la vendita compiute tramite il sito [www.121doc.it](http://www.121doc.it). A livello nazionale la problematica è all'attenzione del tavolo interistituzionale di cui fanno parte l'Autorità garante della concorrenza e del mercato, il Ministero della salute, il Ministero dello sviluppo economico ed i NAS. Al contempo, l'Aifa ha avviato anche una specifica negoziazione con l'agenzia regolatoria britannica e con le altre autorità britanniche competenti: 121doc è, infatti, una vera e propria clinica *on line*, considerata legale nel Regno Unito, che offre in vendita farmaci con prescrizione, alcuni dei quali privi di autorizzazione al commercio in Italia.

Tuttavia, l'effettività della vendita di farmaci presso l'Italia è testimoniata da specifici acquisti perfezionatisi, sui quali i NAS stanno al momento svolgendo indagini. Informata di ciò, l'Aifa ha tempestivamente segnalato il caso sia all'agenzia regolatoria britannica sia all'associazione dei farmacisti del Regno Unito. Al contempo, è stato avviato tra le autorità regolatorie italiane, del Regno Unito, della Spagna, della Danimarca e della Svezia un tavolo informale finalizzato a negoziare con l'ordine dei farmacisti britannico le misure sanzionatorie da adottare. Si è infine deciso di sottoporre il caso alla commissione pubblicità insediata presso il Ministero della salute e all'Autorità garante della concorrenza e del mercato, con l'obiettivo di giungere in tempi brevi all'adozione di un provvedimento interdittivo che disponga il blocco dell'accesso al sito dell'Italia per violazione delle disposizioni sulla pubblicità dei farmaci, contenute nel decreto legislativo 219 del 2006. n.

Tale caso pone con tutta evidenza la gravità e i notevoli rischi per la salute umana del fenomeno delle vendite *on line* di medicinali soggetti a prescrizione medica. Su di esso le istituzioni comunitarie sono intervenute con la direttiva 2011/62 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'8 giugno 2011, che modifica la direttiva 2001/83, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale. Tale direttiva, inserita nell'allegato B della nuova legge di delegazione europea 6

96, pubblicata nella agosto 2013, n. *Gazzetta Ufficiale* del 20 agosto 194, dovrà essere recepita dall'Italia entro il 3 dicembre 2013 con 2013, n. apposito decreto legislativo. Proprio in occasione del recepimento della direttiva citata è mia ferma intenzione prevedere, nel rispetto dei principi e delle disposizioni della medesima direttiva, norme stringenti per contrastare il fenomeno delle vendite illegali *on line* di farmaci sul territorio nazionale. Il decreto legislativo sarà, pertanto, la sede per ribadire il divieto di vendita *on line* di farmaci con l'obbligo di prescrizione e per una disciplina puntuale dei requisiti soggettivi e oggettivi necessari per essere ammessi a tale pratica.

Pag. 111

Dovrà altresì essere disciplinata una specifica procedura per un'adeguata e costante vigilanza sui siti autorizzati alla vendita e per le ipotesi di condotte illecite e per l'irrogazione di sanzioni adeguate e dissuasive. Auspico, inoltre, che il contestuale recepimento anche all'interno degli altri Paesi dell'Unione europea consentirà di superare l'attuale disallineamento esistente tra i vari regimi nazionali.

PRESIDENTE. Il deputato Calabrò ha facoltà di replicare.

RAFFAELE CALABRÒ. Signor Ministro, grazie per l'impegno che ha espresso in quest'Aula. Quello che ci auguriamo è che senz'altro i tempi dell'Aifa e della negoziazione siano tempi rapidi e contiamo molto in questo decreto che dovrà essere emanato a dicembre 2013, perché potrà essere la cornice entro la quale si potrà affrontare questo aspetto, che lei oggi ha sottolineato, insieme a una serie di altri aspetti che sono legati alla medicina transfrontaliera, quello che succederà presto con l'apertura delle frontiere sanitarie in tutta Europa