

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

- 5-04268 Barani: Nuova disciplina dei tempi di accertamento e riconoscimento dell'invalidità civile, dell'*handicap* e della disabilità.
- 5-04269 Murer: Nuova disciplina dei tempi di accertamento e riconoscimento dell'invalidità civile, dell'*handicap* e della disabilità 34

DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO:

- Schema di decreto legislativo 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. Atto n. 317 (Rilievi alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale) (*Esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del regolamento, e rinvio*) 35

SEDE REFERENTE:

- Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale. C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci e C. 4046 Binetti (*Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 4046 Binetti*) ... 41
- Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri (*Seguito dell'esame e rinvio*) 41
- Disposizioni in materia di donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica. C. 746 Grassi, C. 2690 Brigandì e C. 3491 Miglioli (*Esame e rinvio*) 42

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 45

COMITATO RISTRETTO:

- Modifiche alla legge n. 281/1991, in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo. C. 1172 Santelli e Ceccacci Rubino, C. 1236 Mancuso, C. 1319 Tortoli, C. 1370 Alessandri, C. 2359 Anna Teresa Formisano e Drago, C. 586 Compagnon, C. 1565 Mancuso, C. 1589 Livia Turco e Viola, C. 2343 Farinone e C. 2405 Minardo 45

AVVERTENZA 45

ERRATA CORRIGE 46

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 3 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 10.

5-04268 Barani: Nuova disciplina dei tempi di accertamento e riconoscimento dell'invalidità civile, dell'*handicap* e della disabilità.

5-04269 Murer: Nuova disciplina dei tempi di accertamento e riconoscimento dell'invalidità civile, dell'*handicap* e della disabilità.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che il Governo ha chiesto di rinviare alla pros-

sima settimana lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Delia MURER (PD) esprime rammarico e preoccupazione per il nuovo rinvio dello svolgimento della sua interrogazione, già presentata la scorsa settimana. Rileva, inoltre, come il Governo abbia già dato risposte vaghe e insoddisfacenti ad altri atti di sindacato ispettivo, vertenti sulla medesima materia.

Gero GRASSI, *presidente*, pur comprendendo le ragioni dell'onorevole Murer, assicura, anche a nome del Governo, che le interrogazioni in titolo saranno svolte la prossima settimana.

La seduta termina alle 10.05.

DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO

Giovedì 3 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 10.05.

Schema di decreto legislativo 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.

Atto n. 317.

(Rilievi alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale).

(Esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del regolamento, e rinvio).

La Commissione inizia l'esame dello schema di decreto legislativo in oggetto.

Gero GRASSI (PD), *presidente*, ricorda che lo schema di decreto legislativo 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 è assegnato alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale che dovrà esprimere il parere al Governo entro l'11 marzo prossimo.

La Commissione, a seguito di sua richiesta, è stata autorizzata dal Presidente della Camera, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del regolamento, a trasmettere alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale i propri rilievi in merito allo schema in questione.

Lucio BARANI (PdL), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale i rilievi di competenza sullo Schema di decreto legislativo 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, trasmesso ai sensi dell'articolo 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42 (Atto n. 317).

Fa presente che il provvedimento in esame, è il quinto schema di decreto trasmesso dal Governo degli schemi di decreto legislativo in attuazione delle deleghe legislative di cui alla legge n. 42 del 2009. Entrando nel merito del provvedimento, nei primi tre capi, sono previste disposizioni in materia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, integrando in tal modo le disposizioni riferite all'autonomia impositiva dei comuni, contenute già nello schema di decreto in materia di federalismo fiscale municipale. Per entrare nel merito si evidenzia che nel primo capo il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce, per il 2012, che il fabbisogno sanitario nazionale *standard* corrisponde al livello, stabilito dalla vigente normativa, del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale ordinariamente concorre lo Stato.

Il comma 3 dell'articolo 2 conferma le disposizioni in materia di erogabilità della quota premiale, in seguito alla verifica degli adempimenti in materia sanitaria di

cui all'articolo 2, comma 68, lettera *c*), della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010).

La norma in esame conferma, altresì, le disposizioni in materia di realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario, di rilievo nazionale e di relativa erogabilità delle corrispondenti risorse ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni. In particolare il comma 34 dell'articolo 1 della citata legge n. 662 del 1996, prevede la possibilità di vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione e, in particolare, alla prevenzione delle malattie ereditarie.

L'articolo 9 ribadisce l'esclusiva competenza statale nella definizione delle procedure per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni. Tale determinazione avviene nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, nella specifica cornice finanziaria dei settori interessati relativa al finanziamento dei rispettivi fabbisogni *standard* nazionali. Fino alla loro nuova determinazione, si considerano i livelli di assistenza e i livelli essenziali delle prestazioni già fissati in base alla legislazione statale vigente.

In ambito sanitario, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono stati definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, che costituisce un classificatore e nomenclatore delle prestazioni sanitarie sulla base della loro erogabilità da parte del Servizio sanitario nazionale. Il decreto dedica un passaggio anche all'integrazione socio-sanitaria, ovvero alle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

Osserva, poi, che il capo IV (artt. 20-24), di competenza della XII Commissione, reca invece la disciplina dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, volta a superare i criteri di riparto della spesa sanitaria risultanti dalla normativa vigente. In particolare, l'articolo 20 ne definisce l'ambito: esso è diretto a disciplinare, a decorrere dall'anno 2013, le modalità per la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni *standard* per le Regioni e per le Province autonome di Trento e Bolzano nel settore sanitario. La standardizzazione viene quindi estesa anche alle Regioni a statuto speciale. Mentre la definizione del fabbisogno sanitario nazionale *standard* è disciplinata dal successivo articolo 21, la procedura per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali è stabilita dall'articolo 22. I nuovi parametri definiti assicureranno il graduale e definitivo superamento degli attuali criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), come integrati dagli Accordi tra Stato e Regioni in materia sanitaria. Viene poi stabilito che i costi e i fabbisogni *standard* determinati secondo le modalità stabilite dal Capo IV, costituiscono il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria e, successivamente, a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

Fa presente che l'articolo 21 attiene alla fissazione, a decorrere dall'anno 2013, del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Va fatto notare come l'Intesa Governo-Autonomie propone di modificare il comma in esame precisando che la fissazione del fabbisogno avvenga tramite Intesa coerentemente con quello derivante dalla determinazione dei livelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, al fine di ri-

ferire la norma soltanto alle regioni a statuto ordinario. Il comma 2 prevede che per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale *standard* corrisponde al livello di finanziamento già stabilito dalla normativa vigente (articolo 2, comma 67 della legge finanziaria per il 2010, attuativa del Patto per la salute del 3 dicembre 2009, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12 del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010).

La previsione annuale per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* sembrerebbe discostarsi dall'impostazione della programmazione di medio periodo cui hanno fatto riferimento i precedenti Accordi del 2001 e del 2006. Anche l'Intesa del dicembre 2009 si pone in tale ottica, da un lato, fissando l'ammontare del finanziamento a carico dello Stato su un arco pluriennale, dall'altro, individuando indicatori di carattere strutturale per la valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, nonché indicatori dell'equilibrio economico-finanziario delle regioni.

Nello schema di decreto in esame i criteri di riparto, pur se rapportati ad un intervallo temporale annuale, sono parametrati su determinanti (quali, ad esempio, la consistenza della popolazione regionale e la sua suddivisione in classi di età) non suscettibili di cambiamenti sensibili nel breve termine.

Tali modalità di determinazione delle risorse da destinare alla sanità andrebbero valutate anche alla luce della considerazione secondo cui la certezza dell'ammontare delle risorse statali e una sostanziale stabilità delle « quote di accesso » al finanziamento rafforzano la capacità programmatoria e organizzativa delle Regioni, agevolando l'adozione di azioni di miglioramento, determinanti, in particolare, nella gestione dei Piani di rientro.

L'articolo 22 disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali. In particolare i commi 1-2 definiscono i costi e i fabbisogni *standard* regionali, ovvero il riparto fra le regioni del fabbisogno complessivo nazionale, a

una determinazione annuale del ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la Struttura tecnica di supporto della stessa Conferenza. I commi 3 e 12 stabiliscono che le risorse disponibili per il finanziamento della sanità vengano ripartiti secondo i tre macrolivelli già definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e in base alle percentuali previste dall'Intesa del 3 dicembre 2009 (ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a): assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ovvero prevenzione (5 per cento); assistenza distrettuale (51 per cento); assistenza ospedaliera (44 per cento).

I suddetti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale. Il loro rispetto da parte delle regioni è oggetto quindi delle valutazioni dei Tavoli di verifica degli adempimenti. Il comma 12 conferma tale impostazione, esplicitando per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alle percentuali per livello di assistenza stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale.

Il comma 4 e 10 definiscono l'ambito di applicazione e periodo transitorio, in particolare il fabbisogno regionale *standard* viene determinato in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, utilizzando per tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni prese a riferimento (cosiddetto regioni *benchmark*). A tale proposito, il successivo comma 10 stabilisce che il processo di convergenza definito dalla legge 42 del 2009, ovvero il finanziamento dei servizi erogati dalle Regioni non più in base alla spesa storica ma secondo valori *standard* di costo e fabbisogno, si compia nell'arco di cinque anni.

I commi 5, 7 e 11 individuano le Regioni *benchmark* in particolare il comma 5 stabilisce la modalità di individuazione delle Regioni *benchmark*. Il ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, sentito il ministro per i rapporti con le

regioni, individua cinque regioni, secondo i criteri di seguito indicati, da sottoporre per la scelta definitiva alla Conferenza Stato-Regioni. Fra le cinque Regioni, la Conferenza ne seleziona tre, tra cui obbligatoriamente la prima delle cinque, che divengono le regioni di riferimento (regioni *benchmark*) per il calcolo dei costi *standard*.

Rileva che l'Intesa Governo-Autonomie propone di modificare il comma 5, aggiungendo la previsione per cui nell'individuazione delle Regioni *benchmark* »si dovrà tener conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica».

L'inclusione nel *benchmark*, proposta dalla Conferenza unificata, di tutte le ripartizioni territoriali e di almeno una regione territorialmente limitata potrebbe sicuramente influire in modo significativo sulla possibilità di individuare effettivamente le regioni con un sistema sanitario efficiente ed appropriato, ma allo stesso tempo individua un livello medio regionale di prestazioni, imprescindibile per tutte le regioni.

L'evidenza empirica dell'affermazione, secondo cui una regione piccola si trova di fronte a condizioni di produzione ed erogazione dei servizi sanitari più sfavorevoli, è ribaltata dalla dimostrazione dei dati forniti dalla *Copaff* relativamente ai risultati di esercizio della regione Umbria.

Fa, infine, presente che applicando i criteri di calcolo indicati dallo schema di decreto in esame, in base ai dati del Ministero della salute e del Ministero dell'economia utilizzati dai Tavoli per la verifica degli adempimenti, nel triennio 2007-2009 risulterebbero in equilibrio una regione del Nord e tre regioni del Centro (di cui una di piccole dimensioni), mentre tutte le regioni del Sud evidenzerebbero una situazione di squilibrio economico. Il comma 6 reca la definizione dei costi *standard*. Per ciascuno dei tre macrolivelli (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), il costo *standard* è pari alla media della spesa

pro-capite rapportata alla popolazione pesata registrata (a livello aggregato) nelle tre regioni *benchmark*.

Riguardo alla metodologia proposta per il calcolo del costo *standard*, si rileva che l'esclusione dal calcolo delle maggiori entrate derivanti dall'attivazione da parte delle regioni della leva fiscale (c.d. *extraggettiti*) o delle altre disponibilità di bilancio potrebbe apparire non coerente con l'impianto del sistema basato sull'individuazione delle regioni *benchmark*, cioè di quelle regioni che si segnalano per l'erogazione efficiente ed appropriata dei Lea. L'aver raggiunto tale obiettivo, infatti, potrebbe dipendere anche dalla scelta di finanziare il sistema sanitario regionale con ulteriori entrate fiscali. Eliminare, pertanto, tale fonte di finanziamento (cui corrisponde un preciso livello di spesa) potrebbe comportare il rischio di erogare i Lea al di sotto degli *standard* previsti.

Osserva, inoltre, che secondo quanto indicato al comma 6, lettera *b*), per individuare il livello di spesa rilevante ai fini del costo *standard*, andrebbero escluse dal calcolo non soltanto gli *extra gettiti* e le altre coperture fiscali, ma anche la differenza tra entrate proprie effettive e convenzionali: ai fini del calcolo dell'equilibrio economico previsto dal comma 5, le entrate proprie sembrerebbero, invece, pienamente scontate. Si determinerebbe quindi un'asimmetria nel trattamento di tali entrate.

Infine, serve un'uniformazione delle regole contabili in materia che appare propedeutica all'effettiva applicabilità della norma in esame.

Il comma 6, lettera *e*), e i commi dal 7 al 9 determinano i fabbisogni regionali *standard*, e definiscono i passaggi per la definizione dei fabbisogni regionali e le relative quote di riparto del finanziamento annuale: il livello del costo *standard*, come sopra calcolato, è moltiplicato (per ciascun macrolivello) per la popolazione pesata di ogni singola regione, con criteri di pesatura che tengano conto anche di indicatori utili a definire i bisogni sanitari relativi a particolari situazioni territoriali, lettera *e*); il fabbisogno regionale così ottenuto è

rapportato al fabbisogno totale (pari alla somma dei fabbisogni regionali) (comma 8); tale percentuale (definita fabbisogno *standard* regionale) è quindi applicata al fabbisogno sanitario *standard* nazionale (cioè al livello di finanziamento stabilito annualmente, secondo quanto previsto dall'articolo 21), determinando la quota di accesso al finanziamento di ciascuna regione (comma 9).

I criteri di pesatura sono stabiliti con un'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, lettera *e*). Lo schema di decreto, pertanto, non definisce la regola di riparto, ovvero la definizione dei pesi assegnati ai livelli e sottolivelli di assistenza sanitaria, da applicare a regime, rinviandone la fissazione ad una successiva Intesa.

Osserva, poi, che il comma 7 precisa che le pesature sono effettuate con i pesi per fasce di età (rapporti di fabbisogno sanitario fra individui di età diverse) utilizzati per la determinazione del fabbisogno sanitario del secondo esercizio precedente quello di riferimento (per i pesi corrispondenti alle classi di età, vedi articolo 20).

Fino al raggiungimento dell'intesa si applicano i criteri adottati per il riparto delle annualità 2010-2012, ovvero i criteri transitori coincidono con quelli adottati dal Nuovo patto per la salute del 3 dicembre 2009, basati, come precedentemente illustrato, su un criterio misto popolazione assoluta/popolazione pesata, lettera *e*).

Sul punto osserva che il sistema di pesi presi in considerazione nello schema di decreto fa sostanziale riferimento alla suddivisione per classi di età, salvo l'integrazione con altri parametri che consentano di tener conto anche delle condizioni socio-economiche di alcune realtà territoriali.

Non è chiaro tuttavia se, rispetto al sistema attuale, la pesatura sia da intendersi estesa a tutti i livelli e sotto-livelli di assistenza, anche a quelli attualmente finanziati in base ad una quota capitaria « secca », in quanto corrispondenti a consumi sanitari considerati indipendenti dal-

l'età. Fatta eccezione per la farmaceutica (attualmente vincolata ad un tetto di spesa e per la quale l'esperienza evidenzia una correlazione molto netta tra l'età e il consumo dei farmaci), con tale sistema si determinerebbe quindi una « sovra-pesatura » per i restanti livelli.

A questo va aggiunto che il meccanismo di allocazione delle risorse sanitarie applicato fino ad oggi ha comportato anno dopo anno una erosione del finanziamento delle regioni meridionali, caratterizzate (almeno fino qualche anno fa) da un alto indice di natalità e quindi da una popolazione giovane (la Campania attualmente rappresenta la regione più giovane in contrapposizione alla Liguria).

I rappresentanti delle regioni meridionali hanno più volte evidenziato tale situazione auspicando una revisione dei criteri di riparto del fondo in considerazione del fatto (così come previsto anche dalla legge) che il bisogno sanitario è influenzato anche da altre variabili. In questi ultimi anni si è aggiunto, inoltre, lo scarso aumento del Fondo sanitario nazionale, che ha avuto incrementi percentuali al di sotto del tasso di inflazione, il forte aumento della popolazione delle regioni del Nord in seguito alla regolarizzazione degli immigrati e la sottoscrizione da parte di molte regioni dei piani di rientro dal disavanzo sanitario. Per questi motivi il riparto del 2010 si è rilevato particolarmente difficile e lungo. Il Presidente della Regione Campania, in sede di sottoscrizione dell'intesa sulla proposta del ministro della salute per il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale 2010, ha aderito alla stessa sottolineando, però, che per il riparto del Fondo sanitario nazionale 2011 si sarebbe dovuto lavorare ad una modifica dei criteri per elevare la quota distribuita tra le Regioni in proporzione alla popolazione assoluta (c.d. capitaria secca), per riconsiderare i criteri attraverso l'introduzione dell'indice di deprivazione nonché per un'adeguata considerazione delle esigenze di spesa prioritariamente finalizzate alla prevenzione e alla educazione sanitaria della popolazione al di sotto dei 40 anni.

È dimostrato ampiamente e sostenuto dalla Organizzazione Mondiale della sanità, che tra le persone che hanno meno accesso alle risorse culturali, sociali, abitative, economiche vi è una maggiore prevalenza di patologie. Per misurare queste condizioni socioeconomiche viene utilizzato un indicatore di deprivazione che è funzione dell'istruzione, delle condizioni lavorative, della situazione abitativa, della struttura familiare; al crescere della deprivazione aumenta la prevalenza di malattie croniche e, conseguentemente, i consumi sanitari. In Italia la relazione tra deprivazione e consumi sanitari è stata dimostrata da numerose analisi condotte sia su dati censimentali che sui dati dell'indagine campionaria multiscopo 2005 dell'ISTAT condotta mediante interviste ad un campione di 130.000 italiani.

La distribuzione geografica della deprivazione, in Italia, evidenzia le carenze socio economiche prevalentemente nel Sud, benché aree più circoscritte ad elevata deprivazione siano presenti in tante regioni anche del centro nord. La quasi totalità delle patologie dichiarate evidenziano una prevalenza maggiore nelle classi più deprivate indipendentemente dall'età. È quindi opportuno inserire la componente socio-economica nelle stime del fabbisogno per far sì che il riparto rispetti maggiormente le esigenze di ciascuna popolazione regionale e risulti più equo.

A tale situazione si aggiunge, inoltre, il fatto che, una volta determinato il fabbisogno secondo la procedura stabilita, esso viene « corretto » attraverso la decurtazione delle risorse necessarie per assistere i cittadini residenti che hanno scelto di ricorrere alle prestazioni sanitarie offerte da altre Regioni. Tutto ciò, riducendo *ex ante* la dotazione pro capite di risorse disponibili, non fa altro che consolidare l'attuale struttura alimentando quindi il circolo vizioso.

Da subito e con indicazioni nel decreto si dovrebbe tener conto delle situazioni descritte prevedendo una modifica dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale.

Infine, si valuta con favore la proposta presente nell'Intesa Governo-Autonomie, di aggiungere un nuovo comma 13 per stabilire che eventuali risparmi ottenuti nella gestione del Servizio sanitario nazionale da parte delle singole Regioni dovrebbero rimanere nella disponibilità delle regioni stesse.

Infatti rileva che tale previsione risulta importante e appare diretta a offrire alle Regioni (ed in particolare a quelle che devono compiere gli aggiustamenti più consistenti) un incentivo ad adottare i necessari correttivi.

L'articolo 23, riguardante la revisione a regime dei fabbisogni *standard*, consente di modificare i criteri per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali (articolo 22), previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto del livello di fabbisogno *standard* nazionale definito all'articolo 21.

L'articolo 24 specifica che, in fase di prima applicazione, restano ferme: le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ad altre attività sanitarie a destinazione vincolate, nonché al finanziamento della mobilità sanitaria; le ulteriori disposizioni in materia di finanziamento sanitario non disciplinate dal presente decreto.

È disposto, altresì, che resta fermo quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, in materia di sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata.

Condividendo le finalità generali del provvedimento in esame, si riserva, infine, di formulare una proposta di rilievi sulla base di quanto emergerà nel corso della discussione.

Anna Margherita MIOTTO (PD), intervenendo sull'ordine dei lavori, ricorda che, nella giornata di ieri, il ministro Calderoli ha preannunciato l'intenzione di proporre una proroga di quattro mesi del termine per l'attuazione della delega di cui alla legge n. 42 del 2009. Ritiene che sarebbe utile verificare se tale eventuale proroga possa determinare, altresì, una proroga del

termine per l'espressione del parere sullo schema di decreto legislativo in esame.

Gero GRASSI, *presidente*, dichiara che la presidenza si riserva di approfondire il tema sollevato dall'onorevole Miotto.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 10.30.

SEDE REFERENTE

Giovedì 3 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI.

La seduta comincia alle 10.30.

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci e C. 4046 Binetti.

(Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 4046 Binetti).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 23 febbraio 2011.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che, in data 24 febbraio 2011, è stata assegnata alla Commissione, in sede referente, la proposta di legge n. 4046 Binetti: « Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale ». Poiché la suddetta proposta di legge verte su materia identica a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne ha disposto l'abbinamento d'ufficio, ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Laura MOLTENI (LNP), *relatore*, si riserva di illustrare la proposta di legge testé abbinata congiuntamente alla proposta di legge sul medesimo argomento preannunciata dall'onorevole Pedoto.

Gero GRASSI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.

C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 10 giugno 2010.

Carlo CICCIOLO (PdL), *relatore*, chiede di rinviare il seguito dell'esame ad altra seduta, per aver modo di recepire le indicazioni che alcuni gruppi, anche di opposizione, gli hanno fatto pervenire informalmente.

Anna Margherita MIOTTO (PD) ritiene che la proposta avanzata dal relatore configuri un modo di procedere del tutto irrituale, in quanto, ai sensi del regolamento, le proposte dei colleghi possono essere valutate ed eventualmente accolte dal relatore o in sede di Comitato ristretto o in sede di esame degli emendamenti presentati. Rileva, inoltre, che la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale istituita presso il Senato si sta occupando, tra l'altro, di tossicodipendenze e dipartimenti di salute mentale. Ritiene, pertanto, che sarebbe opportuno attendere che l'attività avviata dall'altro ramo del Parlamento su questo tema si concluda, prima di procedere nell'esame delle proposte di legge in titolo.

Domenico DI VIRGILIO (PdL) ritiene che l'opposizione dovrebbe apprezzare la disponibilità del relatore a recepire le indicazioni dei colleghi, ferma restando, naturalmente, l'osservanza del regolamento. Dichiara, peraltro, di concordare con la collega Miotto circa l'opportunità di

tenere conto dei lavori della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale istituita presso il Senato.

Gero GRASSI, *presidente*, precisa che, come è noto ai colleghi, l'attività della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del Senato non comporta, sotto il profilo procedurale, l'esigenza di sospendere l'esame del provvedimento in titolo né, data la diversa natura dell'inchiesta parlamentare e dell'attività legislativa, l'esigenza di coordinare i lavori della Commissione con quelli della citata Commissione d'inchiesta. Fa presente, inoltre, che il relatore, al fine di definire una sua proposta di testo unificato, può naturalmente acquisire, in via informale, qualsiasi elemento reputi utile.

Carlo CICCIOLO (Pdl), *relatore*, precisa che, come ha autorevolmente ricordato il presidente, è compito del relatore individuare, nel rispetto del regolamento, le modalità più idonee a consentire un proficuo svolgimento dell'istruttoria legislativa. Ricorda, altresì, che in nessun modo l'attività della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale istituita presso il Senato può interferire con i lavori della Commissione. Ribadisce pertanto, anche alla luce dell'assenza del Governo, la sua proposta di rinviare il seguito dell'esame ad altra seduta.

Anna Margherita MIOTTO (PD), dopo aver precisato che il suo richiamo all'attività della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del Senato era volto a sollevare, esclusivamente, una questione di opportunità politica e istituzionale, dichiara di concordare con la proposta di rinvio formulata dal relatore.

Gero GRASSI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica.

C. 746 Grassi, C. 2690 Brigandì e C. 3491 Miglioli.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Gero GRASSI (PD), *presidente e relatore*, osserva, come rilevato dalla relazione introduttiva delle proposte di legge in esame, la pratica della dissezione dei cadaveri a scopo di studio e ricerca è divenuta, in Italia, poco frequente. In assenza di norme dedicate, l'utilizzo del corpo *post mortem* per finalità di studio, di ricerca e di formazione è disciplinato dal Regolamento di polizia mortuaria, il Decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990, che dedica il Capo VI al rilascio di cadaveri a scopo di studio. Le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria si basano sull'articolo 32 del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore del 1933, che ha imposto un vincolo di legge sui cadaveri il cui trasporto non avvenga a spese dei congiunti compresi nel nucleo familiare fino al sesto grado o a cura di confraternite e sodalizi, nonché di quelli provenienti dagli accertamenti medico-legali che non siano richiesti da congiunti compresi nello stesso gruppo familiare, eccettuati comunque i casi di suicidio. Tali cadaveri, in virtù della norma sopra citata, vengono destinati all'insegnamento e alle indagini scientifiche. In particolare, la consegna alle sale anatomiche universitarie dei cadaveri destinati all'insegnamento ed alle indagini scientifiche, può avvenire trascorso il periodo di osservazione prescritto dallo stesso regolamento di polizia mortuaria. I direttori delle sale anatomiche universitarie devono annotare in apposito registro le generalità dei deceduti messi a loro disposizione. Risultano invece del tutto assenti norme specifiche sulla manifesta-

zione di volontà in ordine alla donazione *post mortem* del proprio corpo. Al contrario, la legge 1° aprile 1999, n. 91 recante « Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti », ha disciplinato il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e ha regolamentato le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.

Ciò premesso, prima di passare alla illustrazione delle proposte di legge all'ordine del giorno, ricorda che l'esame di alcune proposte di legge (A.S. nn. 613, 899 e 2198) sul tema in esame era stato già avviato dal Senato a partire dal marzo 2009. Tuttavia, a seguito dello svolgimento della procedura delle intese, ai sensi dell'articolo 51, comma 3, del Regolamento del Senato, tale ramo del Parlamento si è espresso favorevolmente sulla trattazione della materia da parte della Camera. Ricorda, inoltre, che nel corso della XIV Legislatura, la XII Commissione della Camera aveva iniziato l'esame del progetto di legge n. 5083, Battaglia ed altri, recante « Disposizioni in materia di donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica », senza tuttavia concluderlo.

Passando quindi ad illustrare il contenuto delle proposte, osserva che la proposta di legge n. 746 di cui è il primo firmatario, disciplina in 8 articoli la donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica. L'articolo 1 prevede l'obbligo dell'espressione in vita del consenso alla donazione del corpo ai fini di studio e di ricerca scientifica, secondo le modalità stabilite dal successivo articolo 3, per i soggetti dei quali è stata accertata la morte. La donazione del corpo *post mortem* è informata ai principi etici e di solidarietà, nonché a quelli dettati dall'ordinamento giuridico dello Stato, ed è disciplinata secondo modalità tali da assicurare il rispetto del corpo umano.

L'articolo 2 stabilisce che il ministro della salute, le regioni e le aziende sanitarie locali, per le rispettive competenze,

promuovono campagne informative, per diffondere la conoscenza delle nuove disposizioni tra i cittadini e i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private.

L'articolo 3 prevede l'obbligo di redigere testamento olografo in duplice copia per manifestare il consenso alla donazione del corpo *post mortem*: una copia del testamento deve essere consegnata al centro di riferimento competente per territorio, il quale deve trasmettere la volontà espressa nel testamento all'ufficio di stato civile del comune di residenza del donatore del corpo, il quale a sua volta viene iscritto in un apposito elenco speciale. Al riguardo ricorda che il testamento olografo è quello redatto senza particolari formalità, purché, ai sensi dell'articolo 602 del codice civile, scritto per intero, datato e sottoscritto di mano del testatore. La sottoscrizione deve essere posta alla fine delle disposizioni. Esso non richiede, per la sua validità, la presenza di testimoni o di un notaio e deve contenere l'indicazione della data, giorno mese e anno.

Si sofferma quindi sull'articolo 4 che stabilisce che, nell'ambito delle strutture universitarie e delle aziende ospedaliere di alta specialità, il ministro della salute, di concerto con il ministro dell'università e della ricerca, e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sceglie i centri di riferimento per la conservazione e l'utilizzazione delle salme.

L'articolo 5 obbliga i citati centri di riferimento alla restituzione della salma alla famiglia, in condizioni dignitose, entro un anno dalla consegna. Le spese per il trasporto della salma, dal momento del decesso alla riconsegna, nonché quelle relative alla tumulazione di essa sono a carico del l'istituzione in cui ha sede il centro di riferimento.

L'articolo 6 stabilisce che la donazione del corpo *post mortem* non possa avere fini di lucro e che eventuali donazioni effettuate da privati a fini di studio e ricerca scientifica siano destinate alla gestione dei centri di riferimento.

L'articolo 7 prevede l'emanazione di un decreto del ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, per l'at-

tuazione delle disposizioni previste, entro tre mesi dalla loro entrata in vigore, mentre l'articolo 8 reca la copertura finanziaria e prevede una spesa complessiva di 10 milioni di euro solo per l'anno 2008. In proposito, rileva che le disposizioni esaminate andrebbero correttamente riferite all'anno 2011 e al bilancio triennale 2011-2013.

Fa presente, poi, che la proposta di legge n. 3491 Miglioli, composta da 7 articoli, ha un contenuto pressoché identico a quello della proposta di legge sopra illustrata, dalla quale si differenzia esclusivamente per il fatto che non fornisce alcuna indicazione circa la copertura finanziaria.

Per quanto riguarda la proposta di legge n. 2690 Brigandi, composta da 6 articoli, essa disciplina l'utilizzazione per finalità di studio e ricerca del corpo dei soggetti la cui morte è stata accertata secondo le disposizioni di legge e che in vita hanno espresso il relativo consenso secondo modalità definite. Ai sensi dell'articolo 2, le modalità per l'espressione del consenso all'utilizzazione di cui sopra sono definite da un decreto del ministro della salute da emanare entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge. È prevista la possibilità di subordinare la manifestazione del consenso alla condizione che i centri di riferimento per la conservazione dei cadaveri assicurino la dignitosa sepoltura del corpo al termine dell'utilizzo e provvedano alle relative spese. La mancata dichiarazione di volontà ha il valore di dissenso all'utilizzo del proprio corpo successivamente alla morte; per i minori il consenso è espresso dai genitori esercenti la potestà o da chi ne fa le veci.

Osserva che l'articolo in esame, nonché gli articoli 3, 5 e 6 fanno riferimento al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ovviamente da sostituire con il corretto riferimento al Ministero della salute e a definirne gli aspetti organizzativi e funzionali.

L'articolo 3 disciplina l'utilizzo e la restituzione del cadavere, rimettendo al ministro della salute, di concerto con quello dell'istruzione, dell'università e

della ricerca e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, la definizione, entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge: delle modalità e dei tempi – comunque non superiori ad un anno – per la conservazione, la richiesta, il trasporto, l'utilizzo e la restituzione alla famiglia del cadavere da parte dei centri di riferimento; delle cause di esclusione di utilizzo dei cadaveri; delle strutture universitarie e aziende ospedaliere da utilizzare quali centri di riferimento per la conservazione dei cadaveri ai fini della legge. In proposito, osserva che l'articolo testé illustrato non definisce con quale tipo di atto il Ministero provveda alla citata definizione.

L'articolo 4 dispone l'istituzione di un registro, presso i centri di riferimento, nel quale annotare i riferimenti utili a identificare il soggetto utilizzatore nonché il momento e le modalità di utilizzo del cadavere. Osserva, poi, l'articolo 5 prevede la promozione di iniziative di informazione per diffondere nei cittadini la conoscenza della legge da parte del Ministero della salute di concerto con quello dell'istruzione dell'università e della ricerca e i collaborazioni con altri enti.

Infine, l'articolo 6 dispone sulla copertura finanziaria del provvedimento. Come già ha osservato per la proposta di legge n. 746, anche questa disposizione andrebbe correttamente riferita all'anno 2011 e al bilancio triennale 2011-2013.

Luciana PEDOTO (PD), riservandosi di intervenire nel prosieguo dell'esame sui contenuti delle proposte di legge in titolo, sottolinea la scarsa diffusione, in Italia, della pratica della dissezione dei cadaveri, per ragioni riconducibili sia alla cultura medica sia all'assenza di una disciplina adeguata della manifestazione di volontà sulla donazione del cadavere a fini di ricerca, diversamente da quanto avviene per la donazione degli organi a fini di trapianto. Ritiene che una revisione della normativa in materia sarebbe importante per promuovere la crescita professionale dei medici chirurghi. Sottolinea, infine, come l'efficacia del provvedimento in esame dipenderà, in larga misura, dalla

campagna d'informazione successiva all'eventuale approvazione dello stesso.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), riservandosi di intervenire più diffusamente sui contenuti delle proposte di legge nel prosieguo dell'esame, evidenzia che il progresso tecnologico consente ormai di far fronte alle esigenze formative dei medici chirurghi senza ricorrere necessariamente ai cadaveri. In ogni caso, dovranno essere valutati con attenzione i possibili profili di delicatezza, anche di natura etica, relativi al trattamento e alla conservazione dei cadaveri. Sottolinea, infine, l'opportunità di svolgere quanto prima un ciclo di audizioni informali, al fine di approfondire l'effettiva necessità dell'intervento normativo in discorso, nonché i profili problematici richiamati.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) preannuncia la presentazione di una proposta di legge vertente su materia analoga a quella delle proposte in esame.

Gero GRASSI, *presidente e relatore*, ritiene che, in una società dominata dall'individualismo più esasperato, promuovere la donazione del cadavere per finalità di ricerca costituisca un incentivo alla diffusione della cultura della solidarietà. Ricorda, inoltre, come la Chiesa cattolica, dopo un'iniziale diffidenza negli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, consideri oggi tale pratica come un atto di carità. Naturalmente, i profili di delicatezza richiamati dall'onorevole Di Virgilio esistono, ma, a suo avviso, possono essere adeguatamente affrontati e superati. Rileva, infine, che le audizioni da svolgere, sulla base delle indicazioni dei gruppi, saranno valutate e definite in sede di ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 11.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 11 alle 11.10.

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 3 marzo 2011.

Modifiche alla legge n. 281/1991, in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo. C. 1172 Santelli e Ceccacci Rubino, C. 1236 Mancuso, C. 1319 Tortoli, C. 1370 Alessandri, C. 2359 Anna Teresa Formisano e Drago, C. 586 Compagnon, C. 1565 Mancuso, C. 1589 Livia Turco e Viola, C. 2343 Farinone e C. 2405 Minardo.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 11.10 alle 13.

AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

SEDE REFERENTE

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Testo unificato C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago.

COMITATO RISTRETTO

Istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei pazienti cerebrolesivi cronici. C. 412 Di Virgilio e C. 1992 Binetti.

ERRATA CORRIGE

Nel *Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari* n. 295 del 10 marzo 2010, a pagina 221, seconda colonna, ventinovesima riga, dopo le parole « Laura Molteni 4.500 », aggiungere le seguenti: « , risultando così assorbito l'emendamento Laura Molteni 2.24, precedentemente accantonato ».

Nel *Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari* n. 322 del 12 mag-

gio 2010, a pagina 221, prima colonna, ventitreesima riga, dopo le parole « (*vedi allegato 2*) », aggiungere le seguenti: « , risultando così assorbito l'emendamento Livia Turco 1.58, precedentemente accantonato ».

Nel *Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari* n. 446 del 1° marzo 2011, a pag. 108, seconda colonna, trentaseiesima riga, le parole « scienza medica » sono sostituite dalle seguenti « classe politica ».