

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 83/2012: Misure urgenti per la crescita del Paese. C. 5312 Governo (Parere alle Commissioni riunite VI e X) (*Seguito dell'esame e rinvio*) 222

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa. Atto n. 491 (*Esame ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio*) 224

RISOLUZIONI:

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.

7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.

7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

7-00930 Patarino: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee (*Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione di un testo unificato n. 8-00190*) 232

ALLEGATO 1 (*Proposta di testo unificato delle risoluzioni presentata dal deputato Pedoto*) . 237

ALLEGATO 2 (*Testo unificato delle risoluzioni approvato dalla Commissione (n. 8-00190)*) . 239

PETIZIONI:

Petizione n. 1403 del 2012 della sig.ra Maria Grazia Breda, da Torino, che chiede interventi per assicurare le risorse necessarie per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per le persone non autosufficienti (*Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 109 del Regolamento e conclusione – Approvazione della risoluzione n. 8-00191*) 235

ALLEGATO 3 (*Proposta di risoluzione presentata dall'onorevole Lucà*) 241

ALLEGATO 4 (*Risoluzione approvata dalla Commissione (n. 8-00191)*) 242

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto ministeriale concernente regolamento recante la disciplina delle modalità di elezione dei membri dell'Osservatorio nazionale dell'associazionismo da parte delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali. Atto n. 489 (*Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio*) 236

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 236

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 11 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 13.45.

DL 83/2012: Misure urgenti per la crescita del Paese. C. 5312 Governo.

(Parere alle Commissioni riunite VI e X).

(*Seguito dell'esame e rinvio*).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 10 luglio 2012.

Gero GRASSI (PD), *relatore*, ricorda di aver evidenziato, nella relazione svolta nella giornata di ieri, le disposizioni contenute nel decreto-legge in oggetto aventi qualche rilievo con riferimento alle competenze della Commissione. Attende dunque di acquisire le considerazioni che i colleghi intendano svolgere in merito, prima di procedere alla formulazione di una proposta di parere.

Lucio BARANI (Pdl), rilevando che il decreto-legge in esame, fra le tante materie trattate, reca anche, all'articolo 10, ulteriori misure per la ricostruzione e la ripresa economica nei territori colpiti dagli eventi sismici del maggio 2012, ritiene che nel parere che la Commissione è chiamata a deliberare dovrebbe essere segnalata alle Commissioni di merito l'opportunità di inserire alcune misure in favore delle numerose zone d'Italia danneggiate da alluvioni.

In particolare, fa notare che, a causa dei danneggiamenti causati da eventi alluvionali, in molte realtà del Paese è andata perduta la documentazione a vario titolo inerente alla materia sanitaria (ad esempio, certificati di invalidità, documenti inviati dall'INAIL e dall'INPS). Ritiene dunque opportuno raccomandare alle Commissioni competenti, attraverso un'osservazione da formulare nel parere, l'inserimento nel testo del decreto-legge di una disposizione volta ad esonerare le popolazioni vittime delle alluvioni dall'obbligo di produrre la documentazione in materia sanitaria che è andata distrutta a seguito di tali eventi calamitosi.

Anna Margherita MIOTTO (PD), riprendendo i punti evidenziati nella relazione introduttiva svolta nella seduta precedente, si sofferma, in particolare, sul comma 5 dell'articolo 31 del decreto-legge in esame, recante una modifica all'articolo 33, comma 32, della legge n. 183 del 2011, nel senso di non subordinare — come invece prevedeva tale norma — l'erogazione dei 70 milioni di euro, prevista per l'anno 2012 in favore dei policlinici universitari gestiti direttamente da università

non statali, alla sottoscrizione dei protocolli d'intesa, tra le singole università e la regione interessata, comprensivi della regolazione condivisa di eventuali contenziosi pregressi. Si tratta, a suo avviso, di una disposizione che merita di essere approfondita al fine dell'espressione del parere di competenza della Commissione.

Inoltre, con riferimento all'articolo 58 del decreto-legge, che istituisce un fondo destinato a finanziare programmi annuali di distribuzione di derrate alimentari agli indigenti, prevedendo che la distribuzione di tali derrate sia affidata ad associazioni caritatevoli, si domanda quale sia il rapporto tra questa disposizione e la proposta di legge all'esame della Commissione concernente la donazione di medicinali non utilizzati e la loro utilizzazione e distribuzione da parte di organizzazioni senza fini di lucro (A.C. 4771).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, in relazione alla considerazione svolta da ultimo dall'onorevole Miotto, fa presente che l'articolo 58 del decreto-legge in esame si riferisce espressamente alla distribuzione di derrate alimentari agli indigenti, senza alcun riferimento alla distribuzione di medicinali in loro favore. Ai soli fini fiscali, viene richiamato il trattamento delle cessioni gratuite alle ONLUS di derrate alimentari e prodotti farmaceutici di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 460 del 1997.

Fa altresì presente che la Commissione potrà deliberare il parere di competenza sul provvedimento in oggetto la prossima settimana, dal momento che le Commissioni di merito prevedono di concluderne l'esame nella giornata di mercoledì 18 luglio. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.

ATTI DEL GOVERNO

Mercoledì 11 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — In-

terviene il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 14.

Schema di decreto legislativo recante riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa. Atto n. 491.

(Esame ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio).

La Commissione inizia l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che è stato assegnato alla Commissione, in data 28 giugno, lo schema di decreto legislativo recante riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa, per l'espressione del parere.

Al riguardo evidenzia che il Presidente della Camera ha proceduto all'assegnazione dello schema di decreto legislativo in titolo senza indicare il termine per l'espressione del parere stesso e ha altresì segnalato che dalla documentazione inviata dal Governo non risulta l'intesa con la Conferenza unificata e che quindi la Commissione non si può pronunciare definitivamente sul provvedimento prima che il Governo abbia provveduto ad integrare nel senso indicato la richiesta di parere.

Ricorda altresì che la V Commissione bilancio dovrà esprimere i rilievi di carattere finanziario e che la IV Commissione difesa è stata autorizzata dalla Presidenza della Camera, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del Regolamento, a trasmettere alla Commissione affari sociali rilievi per i profili di propria competenza.

Ciò premesso, come già anticipato nella riunione dell'ufficio di presidenza dello scorso mercoledì 4 luglio, rileva che il termine per l'esercizio della delega legislativa – previsto all'articolo 2 della legge delega n. 183 del 2010 e differito dall'articolo 1, comma 2, della legge n. 14 del 2012 – risulterebbe scaduto il 30 giugno scorso. La stessa legge delega stabilisce al comma 2 del citato articolo 2 che il parere

delle competenti Commissioni parlamentari è espresso entro quaranta giorni dall'assegnazione dello schema; nella fattispecie, pertanto, stante la ricordata assegnazione del provvedimento il 28 giugno scorso, il termine per l'espressione del parere scadrebbe successivamente al termine per l'esercizio della delega, posto al 30 giugno.

Peraltro, la legge delega, nell'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo 2, prevede un meccanismo di proroga di due mesi nella sola ipotesi in cui il termine per l'espressione del parere parlamentare scada nei trenta giorni precedenti la scadenza del termine per l'adozione dei decreti legislativi.

Fa presente inoltre che risulta allegata allo schema in esame una nota del Dipartimento per gli affari giuridici e legali (DAGL) della Presidenza del Consiglio dei ministri, che sostiene che se il legislatore ha voluto introdurre tale previsione di proroga nel caso in cui il termine per l'espressione del parere delle Commissioni scade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine di delega, al fine di consentire comunque al Governo di adeguarsi ai rilievi delle Commissioni parlamentari, per la medesima *ratio* si potrà usufruire di tale proroga se i termini per l'espressione del parere parlamentare scadono successivamente all'originario termine di delega.

Sempre secondo tale nota, l'interpretazione esposta sarebbe stata confermata da alcuni pareri del Consiglio di Stato resi in occasione dell'esame del Codice dell'ordinamento militare.

Nell'avvertire che la questione relativa alla scadenza della delega è stata affrontata anche dalla Commissione Igiene e sanità del Senato che, a seguito dell'Ufficio di presidenza integrato svolto nella giornata di ieri, avrebbe intenzione di investire della questione stessa la Presidenza del Senato, prima di dare la parola al relatore, rinnova l'invito ai rappresentanti dei gruppi ad esprimersi sul prosieguo dell'*iter* del provvedimento.

A questo proposito, precisa che si potrebbe procedere analogamente alla Com-

missione del Senato e investire della questione la Presidenza della Camera, oltre eventualmente al Comitato per la legislazione, e attendere l'esito prima di far svolgere la relazione introduttiva dal relatore Di Virgilio, oppure procedere comunque a quest'ultima, ferma restando la possibilità testé illustrata.

Anna Margherita MIOTTO (PD) condive le perplessità evidenziate dal presidente Palumbo in merito al fatto che il termine per l'esercizio della delega da parte del Governo sarebbe già scaduto. Tuttavia, ritiene che la Commissione non debba rinunciare ad esprimersi su un provvedimento di tale rilievo.

Per le suddette ragioni, trattandosi di contemperare due esigenze di pari rilevanza, ritiene che la soluzione più opportuna sia quella di entrare nel merito del provvedimento, procedendo dunque allo svolgimento della relazione introduttiva nella seduta odierna, intraprendendo al tempo stesso tutte le iniziative prima ricordate, in primo luogo l'acquisizione dell'avviso del presidente della Camera, al fine di accertare la legittimità stessa della delega.

A questo proposito, ricorda di aver sostenuto, proprio al fine di dissipare i dubbi in ordine al fatto che la delega sia ancora valida, la possibilità di prevedere una proroga della predetta delega nel decreto-legge recante proroga di termini in materia sanitaria (A.C. 5323), all'esame della Commissione.

Lucio BARANI (PdL) concorda con la posizione espressa dall'onorevole Miotto, sia per quanto riguarda l'opportunità di dare un contributo ad un provvedimento di tale rilevanza sia con riferimento all'esigenza di approfondire adeguatamente la più volte ricordata questione concernente la legittimità della delega legislativa.

Laura MOLTENI (LNP) ricorda che la Commissione ha già affrontato tra la fine dello scorso anno e gli inizi del 2012 il tema della Croce rossa attraverso l'esame di un altro schema di decreto legislativo,

presentato dal precedente Governo, sul quale aveva presentato una proposta alternativa di parere.

Fa presente che si tratta ora di procedere all'esame di uno schema completamente nuovo, che merita di essere approfondito sotto l'aspetto della legittimità oltre che eventualmente anche attraverso audizioni di rappresentanti dell'Associazione italiana della Croce rossa.

Carmine Santo PATARINO (FLP TP) dichiara di essere d'accordo con il metodo di lavoro proposto dal presidente Palumbo e ripreso dagli onorevoli Miotto e Barani nei rispettivi interventi.

In particolare, reputa opportuno che si proceda nella seduta odierna allo svolgimento della relazione introduttiva e che, al tempo stesso, siano acquisiti i pareri della Presidenza della Camera e del Comitato per la legislazione in merito alla legittimità della delega concernente la riorganizzazione della Croce rossa.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, prima di illustrare lo schema di decreto legislativo di riordino della Croce rossa italiana, ritiene opportuno spendere alcune parole per descrivere brevemente l'attività e l'organizzazione di tale ente.

Fa quindi presente che l'Associazione Italiana della Croce Rossa (CRI), ente di diritto pubblico non economico con prerogative di carattere internazionale, ha per scopo l'assistenza sanitaria e sociale. Ente di alto rilievo, è posta sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica. La CRI fa parte del Movimento Internazionale della Croce Rossa, nelle sue azioni a livello internazionale si coordina con il Comitato Internazionale della Croce Rossa, nei Paesi in conflitto, e con la Federazione Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa per gli altri interventi.

Il commissariamento della Croce rossa italiana, stabilito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 30 ottobre 2008, è stato prorogato al 30 settembre 2012 dal decreto-legge cosiddetto « Milleproroghe » n. 216/2011.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 6 maggio 2005, n. 97, con

cui è stato approvato il nuovo Statuto della Croce rossa, evidenzia come la stessa sia stata costituita in conformità alle leggi nazionali che la disciplinano e sulla base delle Convenzioni di Ginevra e delle altre norme internazionali in materia recepite nell'ordinamento italiano. Conseguentemente, la CRI possiede una sorta di tripla natura: ente pubblico funzionale; associazione di volontariato, di cui alla legge quadro sul volontariato n. 266 del 1991; organizzazione umanitaria di diritto internazionale, di cui alle Convenzioni di Ginevra. Lo statuto dell'Associazione del 2005 definisce tra l'altro i seguenti principali compiti della CRI: assistenza sanitaria nazionale/internazionale (nei conflitti, in tempo di pace, in occasioni di calamità e nelle situazioni di emergenza), diffusione della coscienza trasfusione e collaborazione con le società di Croce rossa degli altri Paesi. La Croce rossa italiana può svolgere i suoi compiti, mediante la stipula di convenzioni.

L'Associazione è inoltre organizzata in una componente istituzionale ed in una volontaristica, alla quale fanno capo i soci attivi appartenenti ai volontari del soccorso, al comitato nazionale femminile, ai pionieri e ai donatori di sangue, disciplinati da appositi regolamenti. Nella componente volontaristica possono essere ricompresi i seguenti corpi ausiliari: il Corpo Militare e il Corpo delle Infermiere Volontarie.

La Croce rossa italiana si articola su quattro livelli: comitato centrale (assemblea nazionale; consiglio direttivo; presidente nazionale e collegio unico dei revisori dei conti); comitati regionali, comitati provinciali e comitati locali.

Per quanto attiene al riordino della Croce Rossa italiana, rileva che con l'articolo 2 della legge 183 del 2010 (cd. «Collegato Lavoro») il Governo è stato delegato ad adottare, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge (cioè entro il 24 novembre 2011), uno o più decreti legislativi finalizzati alla riorganizzazione degli enti, istituti e società vigilati dal Ministero della salute, tra cui la Croce rossa. In attuazione di tale norma di

delega, con scadenza prorogata al 30 giugno 2012 dalla legge 14/2012 (cd. «Milleproroghe»), il Governo ha presentato lo schema di decreto in esame, che ai sensi della delega deve uniformarsi ai seguenti criteri e i principi direttivi: la semplificazione e snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa; l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa; la razionalizzazione e ottimizzazione dei costi di funzionamento; la ridefinizione del rapporto di vigilanza.

Contestualmente alla proroga del termine, l'articolo 1, comma 2, della legge n. 14 del 2012, ha anche aggiunto i criteri riguardanti la sussidiarietà e la valorizzazione dell'originaria volontà istitutiva, ove rinvenibile.

Ricorda altresì che, in attuazione della norma di delega, nel mese di novembre 2011, il Governo attualmente in carica aveva presentato lo schema di decreto legislativo n. 424, su cui le Commissioni parlamentari competenti hanno espresso parere.

In particolare, la XII Commissione Affari Sociali della Camera, il 18 gennaio 2012, ha approvato un parere favorevole con condizioni; mentre la 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato, nella seduta n. 301 del 18 gennaio 2012, ha espresso un parere contrario, «evidenziando che lo schema di decreto legislativo non rispondeva, se non in minima parte, alle criticità emerse durante l'indagine conoscitiva dalla stessa svolta e non sembrava coerente con le conclusioni cui quella Commissione era giunta in materia di riorganizzazione della Croce rossa italiana. Si invitava, pertanto, il Governo a presentare in tempi rapidi un nuovo progetto di riforma della Croce rossa italiana che recepisce le linee d'intervento indicate nel documento conclusivo della citata indagine.

Entrando nel merito dello schema di decreto di riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa (CRI) in oggetto, fa presente che esso si compone di 9 articoli e che prevede tre distinte fasi temporali per il riordino della CRI: una prima fase, fino al 31 dicembre 2013,

durante la quale si perfeziona la fine del Commissariamento e avviene l'elezione degli organi che predispongono lo statuto provvisorio dell'Associazione e dell'Ente (articolo 3); una seconda fase, a partire dal 1° gennaio 2014, in cui la CRI viene separata in Associazione italiana della Croce Rossa e Ente Croce Rossa, denominato « Ente strumentale alla Croce Rossa italiana » (artt. 1 e 2), vigilato dallo Stato (articolo 7); una terza fase, a partire dal 1° gennaio 2016, in cui l'Ente Croce Rossa è soppresso e posto in liquidazione e tutti rapporti e le funzioni trasferite all'Associazione (articolo 8).

Per quanto riguarda il patrimonio della CRI, è compito del Commissario e del Presidente nazionale, fino al 31 dicembre 2013, e dell'Ente, fino al 31 dicembre 2015, redigere lo stato patrimoniale e predisporre un piano di valorizzazione e di dismissione degli immobili, al fine di ripianare gli eventuali debiti accumulati (articolo 4).

È previsto inoltre che il Corpo Militare della CRI sia costituito esclusivamente da personale volontario in congedo, ausiliari delle Forze armate, e iscritto in un ruolo unico. Il personale in servizio transita in un ruolo ad esaurimento nell'ambito del personale civile della CRI (articolo 5).

Entro il mese di marzo 2014, l'Ente e l'Associazione determinano il loro fabbisogno relativo al personale civile a tempo indeterminato della CRI, che potrà scegliere di essere assunto con contratto privato presso l'Associazione ovvero rimanere presso l'Ente. Per il personale in esubero sono previsti contratti di solidarietà, mobilità, assunzioni presso altre amministrazioni pubbliche e infine la collocazione in disponibilità (artt. 6 e 8). I contratti di lavoro a tempo determinato relativi al personale della CRI permangono fino al 31 dicembre 2013 (articolo 6).

Il Ministro della salute e il Ministro della difesa esercitano la funzione di vigilanza sulla CRI e sull'Ente, che può essere commissariato in caso di difficoltà (articolo 7); il Presidente nazionale dell'Associazione, eletto dall'assemblea straordinaria dei Presidenti regionali, pro-

vinciali e locali, sostituisce il commissario in carica della CRI e dal 1° gennaio 2014 presiede anche l'Ente.

Passando ad una illustrazione più analitica dell'articolato, ricorda che l'articolo 1 prevede dal 1° gennaio 2014 la costituzione dell'Associazione della Croce Rossa Italiana, associazione privata di interesse pubblico, con le seguenti caratteristiche: è persona giuridica di diritto privato; è iscritta di diritto nel registro nazionale e in quelli regionali e provinciali delle associazioni di promozione sociale; ad essa sono applicabili – per quanto non diversamente disposto dal decreto –, le disposizioni della legge sull'associazionismo di promozione sociale (legge n. 383 del 2000); è un'associazione interesse pubblico; è ausiliaria dei pubblici poteri nel settore umanitario; è posta sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica; dal 1° gennaio 2014 viene qualificata quale unica Società nazionale di Croce Rossa autorizzata ad operare sul territorio nazionale, come organizzazione di soccorso volontario conforme alla Convenzione di Ginevra, ai protocolli aggiuntivi, ai principi del Movimento internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa; è riconosciuta dal Comitato Internazionale della Croce Rossa; è ammessa alla Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa. L'Associazione della Croce Rossa Italiana ha, tra l'altro, facoltà di: svolgere le funzioni di interesse pubblico, già ad essa spettanti, riguardanti il soccorso, le attività umanitarie, di protezione civile e sociali; stipulare, anche per lo svolgimento di attività sanitarie e socio sanitarie per il Servizio sanitario nazionale (SSN), convenzioni con la Pubblica Amministrazione; concorrere all'erogazione di diversi fondi compresi quelli derivanti dalla donazione del cinque per mille.

Osserva, poi, che l'articolo 2 prevede, dal 1° gennaio 2014, la trasformazione della CRI in Ente Croce Rossa, denominato « Ente strumentale alla Croce Rossa italiana », quale ente pubblico non economico (non più anche associativo), con limitate funzioni di supporto tecnico-logistico e/o formativo per la nuova Associa-

zione. In particolare l'Ente, presieduto dal Presidente dell'Associazione nazionale assume le decisioni circa il patrimonio e il personale della CRI; si articola nei seguenti organi: un comitato – composto dal Presidente nazionale dell'Associazione, che lo presiede, e da tre componenti nominati dal Presidente nazionale tra i soci della CRI, e da tre componenti nominati dai Ministri della salute, dell'economia e della difesa –, un collegio dei revisori dei conti, e un amministratore, con compiti di rappresentanza legale e di gestione, nominato dal Ministro della salute; l'Ente e gli organi che lo compongono cessano il 31 dicembre 2015; l'incarico di amministratore è incompatibile con ogni altra attività esterna all'Ente e all'Associazione; il trattamento economico dell'amministratore e dei componenti del collegio dei revisori dei conti è determinato con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute; l'incarico di Presidente e di componente del comitato è svolto a titolo gratuito.

Fa presente, quindi, che le risorse finanziarie dello Stato, diverse da quelle dei fondi (volontariato, protezione civile e cooperazione internazionale) e del «cinque per mille», da erogarsi alla CRI sono attribuite ad Ente e Associazione con decreti del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e delle finanze e della difesa, ciascuno in relazione alle proprie competenze.

L'articolo 3 disciplina le scadenze per gli atti costitutivi e per gli statuti dell'Associazione e dell'Ente, nella fase transitoria (passaggio dalla CRI alla separazione nei due organi previsti), fino al 1° gennaio 2014.

In particolare, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, il Commissario della CRI, con propria ordinanza, modifica lo statuto vigente della CRI, riducendo il numero delle componenti volontaristiche civili (comitato nazionale femminile, pionieri, donatori di sangue), secondo criteri di semplificazione, omogeneità ed efficienza e applicando le risoluzioni e le linee guida del Movimento (comma 1, lett. a));

Tale intervento era già previsto nello schema di decreto n. 424 (articolo 7, comma 1). Entro venti giorni dall'entrata in vigore del decreto, il Commissario trasmette al Ministro della salute uno schema di nuovo regolamento elettorale, da emanare nei successivi 10 giorni, e convoca quindi le elezioni per i presidenti regionali, provinciali e locali della CRI, che esercitano le loro funzioni fino al 1° gennaio 2014 (comma 1, lett. b)); entro centoventi giorni dalla data di cui sopra, si svolge l'Assemblea straordinaria, costituita esclusivamente dai Presidenti regionali, provinciali e locali, che elegge il Presidente nazionale e i due Vice Presidenti, in carica fino al 1 gennaio 2014, e che conseguentemente determina la cessazione del commissariamento (comma 1, lett. c)). Il Presidente nazionale e i Vice Presidenti predispongono una proposta di atto costitutivo e di statuto provvisorio dell'Associazione, sottoposta ad un'ulteriore Assemblea straordinaria. L'Associazione è costituita una volta approvato l'atto costitutivo e lo statuto e acquista la personalità giuridica, in deroga al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, il 1° gennaio 2014, previa iscrizione nel registro delle persone giuridiche. Il Commissario della CRI ovvero il Presidente nazionale sono autorizzati ad utilizzare l'avanzo amministrativo (esclusi i fondi finalizzati), nonché i beni immobili da dismettere, a garanzia di mutui, prestiti o anticipazioni, al fine di fronteggiare carenze di liquidità (comma 3).

Fa presente, poi, che dal 1° gennaio 2014 l'Associazione subentra in tutte le convenzioni della CRI, i beni mobili e le risorse strumentali necessari, salvo quelli acquistati con i contributi del Ministero della difesa per l'esercizio dei compiti affidati al Corpo militare volontario e al Corpo delle Infermiere volontarie; negli altri rapporti attivi e passivi della CRI, determinati da un decreto del Ministro della salute, su proposta del Presidente nazionale. Il Presidente nazionale, in data antecedente al 1° gennaio 2014, stabilisce le linee operative provvisorie e lo schema di fabbisogno personale per l'Ente e l'As-

sociazione; un piano di utilizzazione provvisorio del personale della CRI da parte dell'Ente e dell'Associazione.

Osserva altresì che l'articolo 4 disciplina gli atti riguardanti la gestione del patrimonio della CRI, assunti dal Commissario e poi dal Presidente nazionale, fino al 31 dicembre 2013, e dall'Ente, dalla predetta data fino al 31 dicembre 2015. In particolare tali soggetti verificano lo stato di consistenza patrimoniale e valorizzano gli immobili per il ripiano dei debiti accumulati, anche a carico di singoli comitati; identificano i beni immobili, non pervenuti da donazioni, a garanzia dell'Ente; dismettono, in deroga alla normativa vigente, gli immobili della CRI, escludendo le donazioni, quelli necessari al perseguimento dei fini statutari, istituzionali e di interesse pubblico; trasferiscono all'Associazione, a decorrere dal 1 gennaio 2014, i beni donati alla CRI e concedono in uso gratuito alla medesima quelli necessari allo svolgimento dei fini statutari e dei compiti istituzionali; affittano gli immobili non necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e di interesse pubblico; rinunciano a donazioni di immobili non più proficuamente utilizzabili per il perseguimento dei fini statutari; restituiscono, sentite le amministrazioni pubbliche titolari dei beni demaniali o patrimoniali indisponibili in godimento, i beni stessi ove non necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e di interesse pubblico; trasferiscono all'Associazione, a decorrere dal 1 gennaio 2014, i beni mobili acquistati con i contributi del Ministero della difesa per l'esercizio dei compiti affidati al Corpo militare volontario e al Corpo delle Infermiere volontarie.

Ricorda, poi, che l'articolo 5 dello schema di decreto n. 424 disciplinava il patrimonio della CRI, specificando che il patrimonio immobiliare e mobiliare della CRI è destinato al perseguimento dei fini statutari. Conformemente a tali finalità può anche essere utilizzato, in comodato d'uso gratuito, dai Comitati locali e provinciali, a carico dei quali rimangono comunque gli oneri indiretti ed i costi di manutenzione.

Fino al 31 dicembre 2015 il Commissario, e successivamente il Presidente dell'Ente, provvede al ripiano dell'indebitamento pregresso della CRI ed istituisce un'apposita gestione separata.

È stabilita altresì la procedura dei ricorsi per i creditori esclusi e il limite delle transazioni liquidatorie riguardanti le pretese dei creditori. Entro il 31 ottobre 2015, il Ministero della salute approva il piano di riparto finale predisposto dal Commissario o dal Presidente dell'Ente, trasmesso al Tribunale di Roma, che pronuncia, con ordinanza, l'esdebitazione della CRI e dell'Ente. Contro l'atto di approvazione del piano, i creditori possono proporre reclamo al Tribunale di Roma e successivamente ricorso alla Corte di cassazione per motivi di legittimità. L'articolo si conclude con una disposizione finale che rinvia, in quanto compatibili, alle norme sulla liquidazione coatta amministrativa.

L'articolo 4 del precedente schema di decreto n. 424, riguardante il Corpo militare della Croce rossa, provvedeva alla sola istituzione di un apposito contingente ad esaurimento con un numero massimo di 848 unità di personale assunto a tempo indeterminato, senza collocarli in congedo e mantenendo lo status economico previsto.

Fa presente, quindi, che l'articolo 5 interviene sulla materia relativa al Corpo militare della Croce rossa italiana che, assieme al Corpo delle infermiere volontarie della Croce Rossa, costituiscono un Corpo ausiliario delle Forze armate istituito per l'assolvimento dei compiti umanitari stabiliti dalle convenzioni e dalle risoluzioni internazionali. Nello specifico, l'articolo 5, oltre a modificare la denominazione da Corpo militare della Croce Rossa a Corpo militare volontario e ad attribuire la qualifica di « soci » a coloro che ne fanno parte, reca una serie di norme riguardante il futuro assetto del Corpo militare volontario e l'impiego del personale che attualmente presta servizio in via continuativa nel Corpo militare della CRI.

In particolare, si prevede che il Corpo militare volontario sarà composto esclusivamente da personale volontario in congedo iscritto in un ruolo unico comprensivo delle categorie direttive dei medici, dei commissari, dei farmacisti, nonché delle categorie del personale di assistenza; il servizio prestato dagli appartenenti al Corpo militare volontario sarà reso a titolo gratuito, ad eccezione di quanto previsto dall'articolo 1758 del decreto legislativo n. 66 del 2010 (Codice dell'ordinamento militare); gli appartenenti al Corpo militare volontario saranno sottoposti alle disposizioni del codice dell'ordinamento militare e del testo unico delle disposizioni regolamentari dell'ordinamento militare, limitatamente alle disposizioni riguardanti il personale in congedo del Corpo militare della Croce Rossa. Non troveranno, invece, applicazione nei loro confronti le disposizioni del codice penale militare e quelle in materia di disciplina militare.

Al riguardo, osserva che, attualmente, in base all'articolo 1653 del codice dell'ordinamento militare, nell'esercizio delle loro funzioni, gli iscritti nei vari ruoli del personale militare della Croce Rossa, escluso il personale per l'assistenza spirituale, sono militari e sono sottoposti alle norme della disciplina militare e dei codici penali militari.

In relazione al comma 4 dell'articolo 5 dello schema di decreto in esame, al fine di evitare eventuali dubbi interpretativi, andrebbe valutata l'opportunità di specificare meglio lo status giuridico del personale appartenente al Corpo militare della CRI nell'esercizio delle loro funzioni e ciò in quanto se da una lato, l'esclusione dell'applicabilità delle disposizioni penali e disciplinari militari porta a qualificarli come « civili », dall'altro lato, il richiamo all'applicabilità nei loro confronti di alcune norme del Codice dell'ordinamento militare, sembra presupporre la qualifica militare del richiamato personale.

Per quanto riguarda, invece, il personale che attualmente presta servizio a tempo indeterminato nel Corpo militare della CRI, il comma 3 dell'articolo in esame prevede che a decorrere dalla data

di entrata in vigore del decreto di cui al precedente n.1, tale personale transiterà in un ruolo unico ad esaurimento istituito nell'ambito del personale civile della CRI (e successivamente dell'Ente) ed iscritto a domanda nel ruolo unico del Corpo militare volontario. Il richiamato personale sarà posto in congedo nell'ambito del ruolo unico ad esaurimento; manterrà, fino alla data di determinazione del fabbisogno di personale dell'Associazione, il trattamento economico in godimento, con assegno *ad personam* riassorbibile; sarà soggetto alle disposizioni di cui ai commi 1 e 21 dell'articolo 9 del decreto legge n. 78 del 2010.

Ricorda, quindi, che il comma 1 blocca, per il triennio 2011-2013, il trattamento economico individuale complessivo dei dipendenti pubblici, anche di qualifica dirigenziale, prevedendo che esso non possa in ogni caso superare il trattamento ordinarmente spettante per l'anno 2010.

Per quanto riguarda, invece, i procedimenti disciplinari avviati in sede militare nei confronti del personale militare, il comma 3 dell'articolo 5 precisa che i medesimi saranno riassunti in sede civile. Restano interrotti, fino alla data di entrata in vigore dello schema di decreto in esame, i termini per la contestazione dell'addebito e per la conclusione del procedimento.

In relazione alla disposizione, in esame, al fine di evitare eventuali dubbi interpretativi, ritiene che andrebbe valutata l'opportunità di chiarire in maniera esplicita le disposizioni che si applicheranno ai giudizi riassunti in sede civile, ed in particolare se quelle vigenti al momento dell'avvio del procedimento, previste dal codice dell'ordinamento militare, ovvero quelle che regolano i giudici civili degli appartenenti al Corpo della CRI.

Ai sensi del comma 6, al fine di assicurare la funzionalità e il pronto impiego dei servizi resi dai Corpi ausiliari delle Forze armate, è mantenuto un Corpo militare in servizio attivo, composto da 200 unità, regolamentato da un decreto del Ministro della difesa, adottato di concerto con il Ministro della salute e successivamente alimentabile, nei limiti delle

duecento unità, unicamente con personale civile avente la qualifica di militare in congedo.

Gli appartenenti al Corpo militare in servizio attivo, che potranno, altresì, concorrere agli impieghi di protezione civile, transiteranno nel ruolo civile dell'Ente alla data determinata nel richiamato decreto del Ministero della difesa e comunque non oltre il primo gennaio 2016.

Per quanto attiene alla attuale composizione del Corpo militare della Croce Rossa, ricorda, come precisato dall'Ispettore nazionale del Corpo militare della CRI nel corso della seduta della Commissione sanità del Senato del 16 giugno 2011, il Corpo è attualmente composto da un contingente di 848 unità (pari al 4 per cento del totale) in servizio continuativo; un contingente di 350 persone richiamato in servizio temporaneamente (pari al 2 per cento); un serbatoio di personale in congedo, pari a 19.587 unità (corrispondenti al 94 per cento della consistenza) arruolato su base volontaria e altamente specializzato: medici, odontoiatri, psicologi, chimici-farmacisti, commissari, contabili, infermieri e soccorritori; l'articolo 6 disciplina le seguenti fattispecie riguardanti il personale della CRI: equiparazione dei livelli contrattuali, riduzione del personale, contratto di diritto privato, contratti di solidarietà, mobilità, contratti a tempo determinato e collocamento in disponibilità, da disciplinarsi con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Entro marzo 2014, l'Ente e l'Associazione, sulla base di quanto predisposto dal Presidente prima del 1° gennaio 2014, definiscono il fabbisogno e i requisiti del proprio personale.

Fino al 31 dicembre 2015, il personale della CRI può richiedere l'assunzione con contratto di diritto privato in Associazione; permanere in servizio presso l'Ente.

Coloro che scelgono l'assunzione presso l'Associazione devono essere in possesso dei requisiti necessari, rientrare nel fabbisogno previsto, e preferibilmente nel personale già utilizzato dalla CRI, per l'esercizio delle convenzioni, a rapporto a tempo indeterminato ovvero determinato.

Il personale a tempo indeterminato in esubero presso l'Ente, usufruisce dei contratti di solidarietà dell'Ente medesimo e del regime di mobilità per il personale della PA. In caso di assunzione, tale personale gode esclusivamente del trattamento giuridico ed economico previsto nei contratti collettivi vigenti del comparto della stessa amministrazione, che può procedere all'assunzione esclusivamente secondo determinate condizioni.

Le risorse statali erogate alla CRI e quindi all'Ente per gli stipendi del personale in mobilità assunto sono ripartite, con decreti: per un terzo a favore dell'amministrazione di destinazione, per 5 anni; per un terzo è ridotta di pari importo; per un terzo è assegnata alla CRI e quindi all'Ente e all'Associazione fino al 1° gennaio 2016.

Al fine di riassorbire il personale eccedente, è possibile, a determinate condizioni, la collocazione di detto personale presso il Servizio sanitario nazionale e l'attivazione, per tre anni, della convenzione per il pronto soccorso aeroportuale, trasferito alle Regioni, alle quali sono state trasferite le competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante ed aeronavigante.

Infine, i contratti di lavoro a tempo determinato del personale della CRI, vigenti ovvero scaduti alla data di entrata in vigore del presente decreto, possono essere prorogati non oltre il 31 dicembre 2013.

Rileva, quindi, che l'articolo 7 individua nel Ministro della salute e, per quanto di competenza, nel Ministro della difesa, gli organi di vigilanza della CRI e dell'Ente, che svolgono i loro compiti, attraverso atti di indirizzo, ispezioni e verifiche. In particolare, gli atti della CRI e poi dell'Ente sono trasmessi al Ministero della salute, che li approva o li annulla. È facoltà del Ministro della salute nominare un commissario *ad acta*, per assicurare il funzionamento dell'Ente.

Ricorda, poi, che l'articolo 8, recante norme transitorie, stabilisce che fino al 1° gennaio 2014, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dello Statuto della CRI (Decreto del Presidente del Con-

siglio dei Ministri, n. 97 del 2005); dal 1° gennaio 2014, sono abrogate le norme legislative in vigore riguardanti la CRI (decreto-legge 19 novembre 2004, n.276, fatto salvo l'articolo 2, relativo alle procedure di nomina dei vertici del Corpo militare della CRI, il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n.613 (Riordinamento della Croce rossa italiana (articolo 70 della legge n. 833 del 1978) e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 maggio 2005, n. 97 (Approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione italiana della Croce rossa). L'articolo 2 del decreto-legge 276/2004 è stato abrogato dall'articolo 2268, comma 1, n. 1031) del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66 (Codice dell'ordinamento militare). Alla CRI sono assegnate le risorse di bilancio dello Stato per gli anni 2012 e 2013 e i fondi del volontariato e del cinque per mille per la competenza dell'anno 2011. Per gli anni 2012 e 2013 le convenzioni vigenti restano in capo alla CRI (comma 1). Dal 1° gennaio 2016, l'Associazione subentra all'Ente, che è soppresso e messo in liquidazione, ad esclusione del personale rimasto dipendente dell'Ente, che rimane presso la gestione liquidatoria e il personale rimasto presso l'Ente è collocato in disponibilità; entro il 1° gennaio 2016, l'Associazione stipula convenzioni annuali con lo Stato, finanziate con risorse pubbliche, decurtate, rispetto a quelle del 2014, del 10 per cento nel 2016 e del 20 per cento a decorrere dal 2017; il Commissario straordinario rimane in carica fino alla data di elezione del Presidente nazionale, e comunque non oltre il 31 gennaio 2013; fino al 31 dicembre 2013 la CRI continua ad esercitare i compiti istituzionali previsti (comma 4).

L'articolo 9 contiene la clausola di invarianza degli oneri finanziari.

Dopo aver esposto il contenuto di un provvedimento di cui rileva la complessità, si riserva di esprimere ulteriori considerazioni successivamente, quando saranno stati risolti i dubbi concernenti la legittimità della delega sulla base della quale il Governo ha presentato alle Camere lo

schema di decreto legislativo in oggetto e, quindi, si potrà procedere al seguito della discussione.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) comunica che non prenderà parte ai lavori della Commissione concernenti lo schema di decreto legislativo in esame fino a quando il Presidente della Camera non avrà fornito una risposta in ordine alla situazione di illegalità in cui, a suo avviso, opera la Commissione con riferimento al provvedimento stesso.

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

La seduta termina alle 14.30.

RISOLUZIONI

Mercoledì 11 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Intervengono il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale, e il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Maria Cecilia Guerra.

La seduta comincia alle 14.30.

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.

7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.

7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

7-00930 Patarino: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

(Seguito della discussione congiunta e conclusione — Approvazione di un testo unificato n. 8-00190).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata nella seduta del 4 luglio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che nella seduta precedente aveva conferito all'onorevole Pedoto, in quanto presentatrice della prima delle quattro risoluzioni concernenti le ulcere cutanee, l'incarico di elaborare una proposta di testo unificato.

Luciana PEDOTO (PD) comunica di aver provveduto ad elaborare una proposta di testo unificato che tiene conto del contenuto delle quattro risoluzioni presentate sul tema nonché dei chiarimenti forniti dal Governo nella precedente seduta. Procede, dunque, ad illustrare la proposta di testo unificato predisposta (*vedi allegato 1*).

Laura MOLTENI (LNP), esprimendo un generale apprezzamento per il testo elaborato dall'onorevole Pedoto, ritiene tuttavia che vi siano delle parti non condivisibili e, soprattutto, che il testo sembra non tenere conto della riforma del titolo V della Costituzione, con riferimento al riparto di competenza tra Stato e regioni in materia di tutela della salute.

Alla luce di questa considerazione, ritiene che nel primo degli impegni rivolti al Governo sia necessario specificare che le linee guida nazionali debbano essere discusse e approvate dalla Conferenza Stato-regioni.

Inoltre, a proposito dell'impegno di cui al penultimo capoverso, fa notare che, laddove si parla di « una rete di assistenza territoriale costituita da infermieri, medici di medicina generale e medici specialisti », dovrebbe essere meglio specificato quali siano tali medici specialisti, facendo riferimento ad esempio agli specialisti in dermatologia.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che i dermatologi sono senz'altro compresi nella categoria dei medici specialisti e che probabilmente non è opportuno appesantire ulteriormente il testo, considerato che vi sono anche altri medici specialisti competenti in materia di cura delle ulcere cutanee, quali ad esempio i chirurghi plastici.

Lucio BARANI (PdL), esprimendo il proprio apprezzamento verso la proposta di testo unificato delle risoluzioni in oggetto, predisposta dalla collega Pedoto, preannuncia l'intenzione di sottoscriverla da parte di tutti i componenti del suo gruppo presenti in Commissione.

Francesco STAGNO d'ALCONTRES (Misto-G.Sud-PPA) fa notare quanto sia importante impegnare il Governo non tanto ad assumere iniziative di formazione, dal momento che esse esistono di già – ad esempio, l'Associazione italiana ulcere cutanee (AIUC) propone già allo stato attuale corsi di aggiornamento del personale medico e infermieristico – quanto invece a stimolare le regioni al fine di aggiornare il prontuario terapeutico e di avviare l'assistenza domiciliare. A quest'ultimo proposito, evidenzia come le medicazioni avanzate appropriate consentano di medicare i pazienti ogni tre giorni, con il considerevole risparmio che ne deriva per il sistema sanitario nazionale.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP) osserva che il Governo dovrebbe adoperarsi al fine di ottenere che le università italiane riconoscano come specialità medica la vulnologia, trattandosi della scienza che si occupa, nello specifico, della prevenzione e del trattamento delle ulcere cutanee.

Ileana ARGENTIN (PD), richiamando l'intervento dell'onorevole Stagno d'Alcontres il quale ha rilevato l'importanza di attivare l'assistenza domiciliare, precisa che, a suo avviso, sarebbe assai più opportuno utilizzare, per l'attività di medicazione delle ulcere cutanee a domicilio, operatori sociali adeguatamente formati anziché infermieri professionisti.

Evidenzia, in particolare, il fatto che già nella realtà questo tipo di operazione viene svolto dai familiari o, comunque, da personale non specializzato che si trova vicino al paziente, oltre al fattore economico, in quanto l'utilizzazione di un operatore sociale ha un costo pari alla metà di quello richiesto da un infermiere, con il considerevole risparmio che ciò consentirebbe, quindi, di realizzare.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE esprime il parere favorevole del Governo sul testo della proposta di testo unificato formulata dall'onorevole Pedoto, evidenziando come tale testo rappresenti una sintesi delle quattro risoluzioni presentate sul tema.

Per quanto concerne specificamente la proposta dell'onorevole Argentin, fa presente che l'utilizzazione di operatori sociali al fine di effettuare le medicazioni delle ulcere cutanee potrebbe porre dei problemi dal punto di vista medico-legale.

Se, dunque, si vuole evitare il riferimento testuale agli «infermieri» — che attualmente figura nell'impegno di cui al penultimo capoverso — si potrebbe, a suo avviso, richiamare i professionisti dell'area sanitaria.

Luciana PEDOTO (PD) alla luce delle considerazioni svolte dai colleghi intervenuti, ritiene di poter inserire il riferimento all'intesa con le regioni nell'impegno di cui al primo capoverso, concernente l'adozione delle linee guida nazionali.

Intende accogliere, poi, il suggerimento dell'onorevole Stagno d'Alcontres circa l'attività di stimolo nei confronti delle regioni, che il Governo deve esercitare affinché esse aggiornino il prontuario terapeutico, da inserire nell'impegno di cui al quarto capoverso.

Specifica quindi che, con riferimento all'impegno contenuto nel quinto capoverso, al fine di rendere il testo più chiaro intende aggiungere, alla fine, le seguenti parole: «attraverso l'adozione di terapie adeguate».

Infine, per quanto riguarda la parola «infermieri» nell'impegno di cui al penultimo capoverso, ritiene che la soluzione più opportuna sia quella di sostituirla con la seguente espressione: «operatori delle professioni sanitarie non mediche».

Vittoria D'INCECCO (PD), intervenendo in relazione alla questione posta dall'onorevole Argentin, fa notare che l'A.D.I. (Assistenza domiciliare integrata) utilizza già personale non professionista per lo svolgimento di attività come quella in

oggetto, che viene svolta la supervisione di professionisti.

Carla CASTELLANI (PdL) dichiara il proprio voto favorevole alla proposta in esame, nel testo modificato, da ultimo, dall'onorevole Pedoto, che considera un passo in avanti nella trattazione del problema delle ulcere cutanee, considerato anche che il numero degli anziani è in aumento nel nostro Paese.

Ritiene che tale testo non debba essere appesantito prevedendo in maniera dettagliata le diverse figure professionali preposte alla cura e al trattamento delle ulcere cutanee, anche perché saranno poi le singole regioni, nell'ambito della loro autonomia, ad effettuare le rispettive scelte.

Ileana ARGENTIN (PD) precisa di non considerare l'inserimento del riferimento specifico agli operatori sociali come condizione essenziale al fine di esprimere il proprio voto favorevole sulla proposta di testo unificato in esame. Pertanto, accede alla soluzione proposta dall'onorevole Pedoto, anche alla luce dell'osservazione formulata dal sottosegretario Cardinale.

Tuttavia, non può fare a meno di evidenziare che quella del riconoscimento del ruolo degli operatori sociali è una questione che si trascina da diverso tempo oramai, per cui sarebbe il caso di non ricorrere più agli alibi, quale il ricorso ad una terminologia più appropriata, e di prendere atto della realtà, che vede il coinvolgimento effettivo e continuativo degli operatori sociali nell'assistenza ai malati.

Anna Margherita MIOTTO (PD) fa presente che non è nella competenza della risoluzione in esame modificare la normativa relativa alle figure che operano nell'area sanitaria.

Laura MOLTENI (LNP) rileva che, poiché anche l'impegno di cui al quinto capoverso, concernente l'adozione da parte del Governo di specifici programmi di monitoraggio delle criticità riscontrabili

all'interno delle unità operative dei diversi contesti di cura (domicilio, ospedale, strutture dedicate), incida sulla sfera di competenza delle regioni, la soluzione preferibile sarebbe quella di prevedere, per tutti gli impegni rivolti al Governo, la necessità della preventiva intesa con le regioni.

Luciana PEDOTO (PD), con riferimento al rilievo formulato da ultimo dall'onorevole Molteni, ribadisce l'opportunità di prevedere il riferimento esplicito all'intesa con le regioni nell'ambito dell'impegno di cui al primo capoverso, concernente l'adozione delle linee guida nazionali.

La Commissione approva il testo unificato delle risoluzioni, che assume il numero 8-00190 (vedi allegato 2).

La seduta termina alle 15.

PETIZIONI

Mercoledì 11 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Intervengono il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale, e il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Maria Cecilia Guerra.

La seduta comincia alle 15.

Petizione n. 1403 del 2012 della sig.ra Maria Grazia Breda, da Torino, che chiede interventi per assicurare le risorse necessarie per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per le persone non autosufficienti.

(Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 109 del Regolamento e conclusione — Approvazione della risoluzione n. 8-00191).

La Commissione prosegue l'esame della petizione in oggetto, rinviata nella seduta del 7 giugno 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che, all'esito del dibattito svoltosi sulla petizione in esame, è stata presentata

una proposta di risoluzione da parte del relatore, che, ricorda, sostituisce l'onorevole Sbroliani per l'esame della petizione all'ordine del giorno.

Mimmo LUCÀ (PD), *relatore*, illustra la proposta di risoluzione da lui formulata (vedi allegato 3).

Il sottosegretario Cecilia GUERRA ritiene che gli impegni posti dalla relazione presentata dal relatore possano essere accolti.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE esprime parere favorevole sulla risoluzione formulata dal relatore, precisando tuttavia che l'impegno rivolto al Governo concernente l'adozione delle iniziative, anche di natura finanziaria, necessarie ad assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie previste dai LEA alle persone non autosufficienti debba intendersi limitato dalle effettive disponibilità finanziarie.

Mimmo LUCÀ (PD), *relatore*, pur accogliendo le considerazioni da ultimo formulate da parte del rappresentante del Governo e quindi modificando in tal senso il primo impegno della proposta di risoluzione, fa tuttavia presente che, poiché l'impegno in oggetto è volto a garantire la concreta attuazione di prestazioni sanitarie previste dai LEA, non è evidentemente sottoponibile a verifica di compatibilità finanziaria.

La Commissione approva la risoluzione che assume il n. 8-00191 (vedi allegato 4).

La seduta termina alle 15.10.

ATTI DEL GOVERNO

Mercoledì 11 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Maria Cecilia Guerra.

La seduta comincia alle 15.10.

Schema di decreto ministeriale concernente regolamento recante la disciplina delle modalità di elezione dei membri dell'Osservatorio nazionale dell'associazionismo da parte delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali.

Atto n. 489.

(Seguito dell'esame ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno, rinviato il 10 luglio 2012.

Donato Renato MOSELLA (Misto-ApI), *relatore*, richiamando la relazione svolta nella seduta precedente, ricorda di aver illustrato il contenuto del provvedimento in oggetto, mettendo altresì in evidenza i punti più controversi, che tuttavia sembrano essere superati nell'attuale versione del testo, riscritto a seguito delle indicazioni formulate dal Consiglio di Stato.

Chiede dunque ai colleghi di intervenire al fine di sollevare eventuali questioni di cui potrà tenere conto in sede di predisposizione della proposta di parere precisando che, altrimenti, propenderebbe per l'espressione di un parere favorevole.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), con riferimento al comma 4 dell'articolo 2, fa presente di non aver compreso le ragioni per cui le associazioni maggiormente rappresentative debbano indicare « almeno un candidato » dal momento che poi ciascuna associazione ha diritto a non più di un eletto.

A suo avviso, sarebbe dunque opportuno sopprimere la parola « almeno » dal testo della disposizione.

Il sottosegretario Maria Cecilia GUERRA, dopo aver evidenziato che l'at-

tuale formulazione dell'articolo 2 dello schema di regolamento, concernente l'elettorato attivo e passivo per le associazioni a carattere nazionale iscritte nel registro nazionale, consente, a suo giudizio, di realizzare adeguatamente il criterio di rappresentatività delle associazioni, fa presente che non considera dirimente la questione posta dall'onorevole Patarino.

Rileva, peraltro, che avendo ciascuna associazione diritto ad un solo eletto, l'eventuale presentazione di più candidati potrebbe rivelarsi controproducente per l'associazione stessa, che rischierebbe in questo modo di subire l'effetto della dispersione dei voti.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP) precisa che, dal suo punto di vista, l'indicazione di un solo candidato da parte di ciascuna associazione rende tutto più chiaro ed è funzionale a scongiurare il rischio che si vengano a creare accordi poco limpidi tra associazioni.

Donato Renato MOSELLA (Misto-ApI), *relatore*, replica all'onorevole Patarino assicurandogli che approfondirà la questione da lui posta, anche in vista della predisposizione di una proposta di parere.

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

La seduta termina alle 15.20.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.20 alle 15.35.

ALLEGATO 1

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.

7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.

7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

7-00930 Patarino: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

**PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI
PRESENTATA DAL DEPUTATO PEDOTO**

La XII Commissione,

premessi che:

le lesioni cutanee croniche sono aree di sostanza dermo-ipodermica che non dimostrano alcuna tendenza alla riparazione spontanea, particolarmente dolorose e debilitanti per il paziente;

le ulcere cutanee rappresentano una patologia di elevato significato sociale e incidono in modo notevole sulla spesa pubblica assistenziale;

nella maggioranza dei casi colpiscono persone anziane, ma anche persone affette da patologie neuromuscolari e neurodegenerative, e la patologia che determina l'insorgenza delle lesioni è spesso complessa e richiede un inquadramento diagnostico e un programma terapeutico accurati;

secondo stime ufficiali, ogni anno dagli ospedali italiani viene dimesso oltre mezzo milione di pazienti con piaghe da decubito, essendo queste lesioni una delle più pericolose e temibili complicazioni conseguenti ad un ricovero, perché circa la metà compare già entro la prima settimana di degenza;

in Italia, circa 2 milioni di persone e le loro famiglie sono coinvolte nel problema;

le difficoltà che si incontrano nell'assistenza di un paziente sono spesso legate al fatto che le esigenze cliniche devono confrontarsi con la politica sanitaria costantemente impegnata nel gestire il difficile equilibrio tra un'offerta di eccellenza e il contenimento dei costi;

l'impatto socioeconomico è notevole: è necessario infatti tener conto delle spese per il materiale di medicazione, dei tempi di trasporto, del personale medico ed infermieristico, ma anche delle spese sostenute direttamente dai pazienti e delle spese indirette a carico del Servizio sanitario nazionale;

attualmente la cura delle ulcere cutanee degli arti inferiori costituisce un problema per il Servizio sanitario nazionale sia in termini di occupazione di risorse umane sia in termini di impatto economico. Questa attività può occupare fino al 60 per cento del tempo degli infermieri con uno spostamento delle risorse a scapito di altri problemi domiciliari e ha un peso, in termini di costi, assai

rilevante. Nel nostro Paese i pazienti affetti da queste lesioni vengono trattati generalmente a domicilio dal medico curante e da un infermiere con la consulenza dello specialista ospedaliero, in quanto mancano servizi e centri dedicati;

l'integrazione ospedale-territorio dovrebbe prevedere la creazione di centri specialistici ospedalieri di riferimento, con personale esperto nella cura delle lesioni cutanee, e di una rete di assistenza territoriale costituita da infermieri, medici di medicina generale e medici specialistici ambulatoriali, che gestisca i pazienti sul territorio, nell'ambito di un percorso di continuità assistenziale;

la vulnologia non è ancora una specialità medica riconosciuta nelle università italiane, non essendo stato istituito il relativo insegnamento nel corso di laurea in medicina e chirurgia e nelle scuole di specializzazione;

considerato che mancano linee guida per le regioni e che non vi è alcuna forma di rimborso dei presidi medici per i pazienti affetti da ulcere cutanee degli arti inferiori (ad eccezione dei diabetici e dei pazienti colpiti contemporaneamente da ulcera da pressione),

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di adottare linee guida nazionali, al fine di promuovere una maggiore omogeneità di trattamento della patologia richiamata in premessa nella diverse regioni italiane;

ad assumere iniziative volte a garantire forme di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale dei presidi essenziali per la cura delle ulcere cutanee;

a promuovere una razionalizzazione dei protocolli di cura attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici basati sull'evidenza clinica e su criteri di equità, appropriatezza ed economicità, allo scopo di ridurre i tempi di ospedalizzazione e l'incidenza delle complicanze nonché di contenere la spesa sanitaria pubblica;

a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte all'applicazione dei protocolli in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;

ad adottare specifici programmi di monitoraggio delle criticità riscontrabili all'interno delle unità operative dei diversi contesti di cura (domicilio, ospedale, strutture dedicate), anche al fine di predisporre adeguate misure di prevenzione e di garanzie per una maggiore e più efficace tutela dei pazienti affetti da tale patologia;

ad indicare quale obiettivo nel Piano sanitario nazionale una maggiore integrazione tra territorio e ospedale che preveda, da un lato, la creazione di centri specialistici ospedalieri di riferimento, con personale esperto nella cura delle lesioni cutanee e, dall'altro, una rete di assistenza territoriale costituita da infermieri, medici di medicina generale e medici specialisti, ambulatori dei distretti sanitari di base e dei presidi intermedi, che gestiscano i pazienti sul territorio nell'ambito di un percorso di continuità assistenziale;

per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento del personale medico ed infermieristico a proseguire nella strada già intrapresa dal governo, che ha inserito in ambito ECM appositi corsi formativi.

ALLEGATO 2

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.

7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.

7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

7-00930 Patarino: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

**TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI APPROVATO
DALLA COMMISSIONE (N. 8-00190)**

La XII Commissione,
premessò che:

le lesioni cutanee croniche sono aree di sostanza dermo-ipodermica che non dimostrano alcuna tendenza alla riparazione spontanea, particolarmente dolorose e debilitanti per il paziente;

le ulcere cutanee rappresentano una patologia di elevato significato sociale e incidono in modo notevole sulla spesa pubblica assistenziale;

nella maggioranza dei casi colpiscono persone anziane, ma anche persone affette da patologie neuromuscolari e neurodegenerative, e la patologia che determina l'insorgenza delle lesioni è spesso complessa e richiede un inquadramento diagnostico e un programma terapeutico accurati;

secondo stime ufficiali, ogni anno dagli ospedali italiani viene dimesso oltre mezzo milione di pazienti con piaghe da decubito, essendo queste lesioni una delle più pericolose e temibili complicazioni conseguenti ad un ricovero, perché circa la metà compare già entro la prima settimana di degenza;

in Italia, circa 2 milioni di persone e le loro famiglie sono coinvolte nel problema;

le difficoltà che si incontrano nell'assistenza di un paziente sono spesso legate al fatto che le esigenze cliniche devono confrontarsi con la politica sanitaria costantemente impegnata nel gestire il difficile equilibrio tra un'offerta di eccellenza e il contenimento dei costi;

l'impatto socioeconomico è notevole: è necessario infatti tener conto delle spese per il materiale di medicazione, dei tempi di trasporto, del personale medico ed infermieristico, ma anche delle spese sostenute direttamente dai pazienti e delle spese indirette a carico del Servizio sanitario nazionale;

attualmente la cura delle ulcere cutanee degli arti inferiori costituisce un problema per il Servizio sanitario nazionale sia in termini di occupazione di risorse umane sia in termini di impatto economico. Questa attività può occupare fino al 60 per cento del tempo degli infermieri con uno spostamento delle risorse a scapito di altri problemi domiciliari e ha un peso, in termini di costi, assai

rilevante. Nel nostro Paese i pazienti affetti da queste lesioni vengono trattati generalmente a domicilio dal medico curante e da un infermiere con la consulenza dello specialista ospedaliero, in quanto mancano servizi e centri dedicati;

l'integrazione ospedale-territorio dovrebbe prevedere la creazione di centri specialistici ospedalieri di riferimento, con personale esperto nella cura delle lesioni cutanee, e di una rete di assistenza territoriale costituita da infermieri, medici di medicina generale e medici specialistici ambulatoriali, che gestisca i pazienti sul territorio, nell'ambito di un percorso di continuità assistenziale;

la vulnologia non è ancora una specialità medica riconosciuta nelle università italiane, non essendo stato istituito il relativo insegnamento nel corso di laurea in medicina e chirurgia e nelle scuole di specializzazione;

considerato che mancano linee guida per le regioni e che non vi è alcuna forma di rimborso dei presidi medici per i pazienti affetti da ulcere cutanee degli arti inferiori (ad eccezione dei diabetici e dei pazienti colpiti contemporaneamente da ulcera da pressione),

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di adottare, d'intesa con le regioni, linee guida nazionali, al fine di promuovere una maggiore omogeneità di trattamento della patologia richiamata in premessa nella diverse regioni italiane;

ad assumere iniziative volte a garantire forme di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale dei presidi essenziali per la cura delle ulcere cutanee;

a promuovere una razionalizzazione dei protocolli di cura attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici basati sull'evidenza clinica e su criteri di equità, appropriatezza ed economicità, allo scopo di ridurre i tempi di ospeda-

lizzazione e l'incidenza delle complicanze nonché di contenere la spesa sanitaria pubblica;

a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte all'applicazione dei protocolli in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, anche stimolando le regioni ad aggiornare il prontuario terapeutico;

ad adottare specifici programmi di monitoraggio delle criticità riscontrabili all'interno delle unità operative dei diversi contesti di cura (domicilio, ospedale, strutture dedicate), anche al fine di predisporre adeguate misure di prevenzione e di garanzie per una maggiore e più efficace tutela dei pazienti affetti da tale patologia, attraverso l'adozione di adeguate terapie;

ad indicare quale obiettivo nel Piano sanitario nazionale una maggiore integrazione tra territorio e ospedale che preveda, da un lato, la creazione di centri specialistici ospedalieri di riferimento, con personale esperto nella cura delle lesioni cutanee e, dall'altro, una rete di assistenza territoriale costituita da operatori delle professioni sanitarie non mediche, medici di medicina generale e medici specialisti, ambulatori dei distretti sanitari di base e dei presidi intermedi, che gestiscano i pazienti sul territorio nell'ambito di un percorso di continuità assistenziale;

per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento del personale medico ed infermieristico a proseguire nella strada già intrapresa dal governo, che ha inserito in ambito ECM appositi corsi formativi.

8-00190 « Pedoto, Mancuso, Farina Coscioni, Patarino, Palumbo, Palagiano, Nunzio Francesco Testa, Mosella, Stagno d'Alcontres, Abelli, Argentin, Barani, Binetti, Bossa, Bucchino, Burtone, Castellani, Ciccioli, De Nichilo Rizzoli, D'Incecco, Di Virgilio, Grassi, Martini, Miotto, Murer, Porcu, Roccella, Rondini, Sarubbi, Sbröllini, Scapagnini ».

ALLEGATO 3

**PROPOSTA DI RISOLUZIONE PRESENTATA
DALL'ONOREVOLE LUCÀ**

La XII Commissione (affari sociali),

premessi che:

il 1° marzo 2012 è stata presentata alla Camera dei deputati la petizione n. 1403 del 2012, riguardante il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), per le persone non autosufficienti, promossa da numerose personalità, nonché da associazioni e organismi pubblici e privati, operanti nel campo del volontariato e della promozione sociale, e sottoscritta, fino a questo momento, da oltre 16.000 cittadini;

tale petizione è stata assegnata alla Commissione affari sociali, che l'ha iscritta all'ordine del giorno per l'esame ai sensi dell'articolo 109 del regolamento della Camera;

a conclusione dell'esame in Commissione è stata presentata la presente risoluzione;

ritenuto opportuno, in un momento in cui la crisi del rapporto tra cittadini e istituzioni parlamentari evidenzia tutta la sua grave portata, recepire con la necessaria tempestività, istanze così importanti promosse dalla società civile;

considerata l'importanza di assicurare la tutela sanitaria e socio-assistenziale dei cittadini con *handicap* invalidanti, degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, nonché dei pazienti psichiatrici, ai sensi del DPCM l'articolo 54 della legge 289 del 2002;

rilevato che l'attuazione dei LEA è alquanto carente in molte zone del nostro Paese, sia per ragioni di ordine finanzia-

rio, sia perché è ancora estesa la concezione che considera l'inguaribilità sinonimo di incurabilità;

considerato altresì che, mentre è effettivo e riconosciuto il diritto alle cure sanitarie e sociosanitarie residenziali, le erogazioni per le assistenze domiciliari restano sovente un intervento deciso discrezionalmente dalle Asl e dai Comuni;

ritenuto infine che la sensibile riduzione delle risorse finanziarie disponibili nell'ambito dei Fondi relativi al finanziamento delle politiche sociali, non potrà che aggravare la situazione sopra delineata,

impegna il Governo:

ad assumere le iniziative necessarie, anche di natura finanziaria, per assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie e delle cure socio-sanitarie, previste dai LEA, alle persone con handicap invalidanti, agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme neurodegenerative e di demenza senile e ai pazienti psichiatrici, assicurando loro l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, concernente i livelli essenziali di assistenza;

a portare avanti con sollecitudine il lavoro preparatorio volto all'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza, che deve prevedere l'adeguata integrazione fra l'intervento sociale e quello sanitario, in una prospettiva di miglioramento della qualità della vita di anziani e disabili.

ALLEGATO 4

RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE (N. 8-00191)

La XII Commissione (Affari sociali),

premesso che:

il 1° marzo 2012 è stata presentata alla Camera dei deputati la petizione n. 1403 del 2012, riguardante il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), per le persone non autosufficienti, promossa da numerose personalità, nonché da associazioni e organismi pubblici e privati, operanti nel campo del volontariato e della promozione sociale, e sottoscritta, fino a questo momento, da oltre 16.000 cittadini;

tale petizione è stata assegnata alla Commissione affari sociali, che l'ha iscritta all'ordine del giorno per l'esame ai sensi dell'articolo 109 del regolamento della Camera;

a conclusione dell'esame in Commissione è stata presentata la presente risoluzione;

ritenuto opportuno, in un momento in cui la crisi del rapporto tra cittadini e istituzioni parlamentari evidenzia tutta la sua grave portata, recepire con la necessaria tempestività, istanze così importanti promosse dalla società civile;

considerata l'importanza di assicurare la tutela sanitaria e socio-assistenziale dei cittadini con *handicap* invalidanti, degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, nonché dei pazienti psichiatrici, ai sensi del DPCM l'articolo 54 della legge 289 del 2002;

rilevato che l'attuazione dei LEA è alquanto carente in molte zone del nostro

Paese, sia per ragioni di ordine finanziario, sia perché è ancora estesa la concezione che considera l'inguaribilità sinonimo di incurabilità;

considerato altresì che, mentre è effettivo e riconosciuto il diritto alle cure sanitarie e sociosanitarie residenziali, le erogazioni per le assistenze domiciliari restano sovente un intervento deciso discrezionalmente dalle Asl e dai Comuni;

ritenuto infine che la sensibile riduzione delle risorse finanziarie disponibili nell'ambito dei Fondi relativi al finanziamento delle politiche sociali, non potrà che aggravare la situazione sopra delineata,

impegna il Governo:

ad assumere le iniziative necessarie per assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie e delle cure socio-sanitarie, previste dai LEA, alle persone con handicap invalidanti, agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme neurodegenerative e di demenza senile e ai pazienti psichiatrici, assicurando loro l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, concernente i livelli essenziali di assistenza;

a portare avanti con sollecitudine il lavoro preparatorio volto all'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza, che deve prevedere l'adeguata integrazione fra l'intervento sociale e quello

sanitario, in una prospettiva di miglioramento della qualità della vita di anziani e disabili.

(8-00191) « Lucà, Palumbo, Barani, Binetti, Ciccioi, D'Incecco, Di Virgi-

lio, Farina Coscioni, Lenzi, Miotto, Mosella, Murer, Laura Molteni, Patarino, Sarubbi, Scapagnini, Nunzio Francesco Testa ».