

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

RISOLUZIONI:

7-00375 Lenzi: Iniziative volte a fronteggiare la peste suina africana e la malattia vescicolare suina (<i>Seguito della discussione e conclusione – Approvazione di un nuovo testo n. 8-00068</i>)	156
ALLEGATO 1 (<i>Proposta di nuovo testo della risoluzione</i>)	167
ALLEGATO 2 (<i>Nuovo testo della risoluzione approvato dalla Commissione n. 8-00068</i>)	171

SEDE CONSULTIVA:

Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2013. C. 2541 Governo.	
Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2014. C. 2542 Governo.	
Tabella n. 2: stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (limitatamente alle parti di competenza).	
Tabella n. 4: stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (limitatamente alle parti di competenza).	
Tabella n. 14: stato di previsione del Ministero della salute (Parere alla V Commissione) (<i>Esame congiunto, ai sensi dell'articolo 119, comma 8, del Regolamento, e rinvio</i>)	157

SEDE REFERENTE:

Istituzione del «Giorno del dono». C. 2422, approvata dal Senato. (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	163
Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin e C. 2205 Miotto (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto</i>)	165

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla missione di studio a Cagliari e Olbia sul progetto relativo al completamento e al rilancio dell'ex Ospedale San Raffaele di Olbia	166
ALLEGATO 3 (<i>Missione di studio a Cagliari e Olbia sul progetto relativo al completamento e al rilancio dell'ex ospedale San Raffaele di Olbia</i>)	175
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	166

RISOLUZIONI

Mercoledì 23 luglio 2014. – Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. – Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.15.

7-00375 Lenzi: Iniziative volte a fronteggiare la peste suina africana e la malattia vescicolare suina.
(*Seguito della discussione e conclusione – Approvazione di un nuovo testo n. 8-00068*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che nelle sedute precedenti si sono svolte

le audizioni informali che hanno apportato un notevole contributo e chiarimenti al nostro lavoro.

A seguito di ciò, chiede all'on. Lenzi di illustrare le eventuali modifiche da apportare al testo della risoluzione.

Donata LENZI (PD) illustra una proposta di nuova formulazione della risoluzione elaborata sulla base del lavoro conoscitivo intrapreso dalla Commissione e dell'ampio dibattito svolto (*vedi allegato 1*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ringrazia la collega Lenzi per avere raccolto in maniera meticolosa le indicazioni provenienti dalle audizioni svolte e dai lavori della Commissione. Ringrazia anche il collega Cova per il prezioso contributo fornito grazie anche alla sua competenza professionale.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere favorevole sul testo della risoluzione, condividendo il contenuto degli impegni previsti.

Roberto CAPELLI (Misto-CD) ringrazia in maniera non formale la collega Lenzi per avere saputo interpretare e trasferire nel testo della risoluzione tutte le problematiche connesse ad una vicenda complessa come quella della presenza della peste suina in Sardegna. Propone un'integrazione della parte dispositiva, precisamente alla lettera *l*), al fine di favorire l'istituzione in Sardegna di un punto di ispezione frontaliera che avrebbe anche potenziali ricadute positive per il benessere animale.

Donata LENZI (PD) accoglie la proposta di integrazione avanzata dal collega Capelli.

Nessun altro, chiedendo di intervenire, la Commissione approva all'unanimità il nuovo testo della risoluzione che assume il n. 8-00068 (*vedi allegato 2*).

La seduta termina alle 14.30.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 23 luglio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.30.

Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2013.

C. 2541 Governo.

Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2014.

C. 2542 Governo.

Tabella n. 2: stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 4: stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 14: stato di previsione del Ministero della salute.

(Parere alla V Commissione).

(*Esame congiunto, ai sensi dell'articolo 119, comma 8, del Regolamento, e rinvio.*)

La Commissione inizia l'esame congiunto dei provvedimenti in oggetto.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, avverte che la Commissione è oggi convocata per l'esame in sede consultiva dei disegni di legge di approvazione del rendiconto e di assestamento, che saranno esaminati congiuntamente per le parti di rispettiva competenza (articolo 119, comma 8, del Regolamento), e che si concluderà con l'approvazione di una relazione alla Commissione Bilancio (articolo 120, comma 3, del Regolamento).

Il disegno di legge di approvazione del rendiconto ha carattere formale e risulta sostanzialmente inemendabile, mentre

possono essere presentati emendamenti al disegno di legge di assestamento anche presso le Commissioni di settore.

La presentazione degli emendamenti è disciplinata dalle seguenti regole, corrispondenti a quelle riferite al disegno di legge di bilancio (articolo 121 del Regolamento): nella Commissione di merito devono essere presentati gli emendamenti che recano variazioni compensative all'interno dei singoli stati di previsione ovvero delle parti degli stati di previsione di propria competenza. In via di prassi, peraltro, tali emendamenti possono essere anche presentati direttamente presso la Commissione bilancio; possono essere presentati emendamenti che determinano variazioni nell'ambito dello stato di previsione di propria competenza o delle parti di propria competenza la cui compensazione non è effettuata all'interno degli stati di previsione o delle parti di competenza.

Gli emendamenti approvati dalle Commissioni di settore sono allegati alle relazioni che queste trasmettono alla Commissione bilancio e si intendono presentati a nome della Commissione interessata.

Gli emendamenti respinti nelle Commissioni di settore devono essere, in ogni caso, presentati anche presso la Commissione bilancio, al fine di permetterne la ripresentazione in Assemblea.

Per quanto concerne l'emendabilità del disegno di legge di assestamento, segnala che, come per il disegno di legge di bilancio, unità di voto ai fini dell'esame parlamentare sono solo i programmi e le tipologie di entrata, con riferimento alle previsioni di competenza e di cassa.

Devono, pertanto, considerarsi ammissibili gli emendamenti in aumento, a condizione che siano riferiti ad un programma che abbia una quota del proprio stanziamento imputabile a capitoli rimodulabili; gli emendamenti in riduzione, a condizione che siano riferiti ai medesimi programmi di cui al punto 1 e che la diminuzione dello stanziamento proposta non superi la somma della quota relativa agli stanziamenti rimodulabili; l'emendabilità delle previsioni di spesa è soggetta alla regola generale secondo cui, ai fini del

rispetto dei saldi-obiettivo indicati nella risoluzione di approvazione del DEF, gli emendamenti di maggiore spesa devono essere compensati da corrispondenti diminuzioni di spesa.

Tanto per le modifiche di stanziamenti di competenza, quanto per quelle delle autorizzazioni di cassa, è esclusa la possibilità di compensare l'incremento degli stanziamenti di parte corrente mediante la riduzione di stanziamenti di conto capitale.

Ricorda altresì che la Commissione bilancio dovrebbe fissare il termine per la presentazione degli emendamenti per martedì 29 luglio e, pertanto, entro tale termine le Commissioni di settore dovrebbero concludere l'esame in sede consultiva.

A tal fine, prima di dare la parola al deputato Monchiero per lo svolgimento della relazione introduttiva, propone di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti al disegno di legge di assestamento 2014 presso la nostra Commissione a domani, alle ore 11.

La Commissione concorda.

Giovanni MONCHIERO (SCpI), *relatore*, rileva innanzitutto, partendo dall'analisi del disegno di legge di rendiconto, con specifico riferimento alle competenze della Commissione affari sociali, che nel 2013, gli stanziamenti definitivi di competenza del Ministero della salute sono stati pari a 1.517 milioni di euro (1.531 milioni nel 2012).

I procedimenti amministrativi adottati nel corso dell'anno hanno apportato variazioni in aumento pari a 243,3 milioni di euro agli stanziamenti inizialmente previsti per il Ministero della salute, per il 2013, pari a 1.273,3 milioni di euro. I residui finali al 31 dicembre 2013 sono risultati pari a 744,5 milioni di euro (795 milioni nel 2012). In sintesi, il Ministero della salute presenta un coefficiente di realizzazione della spesa relativamente basso (intorno al 70 per cento, anche negli esercizi precedenti) a fronte di un bilancio composto al 95 per cento circa di spese

correnti, di cui circa il 43 per cento per « Trasferimenti correnti a famiglie e istituzioni sociali private », il 32 per cento per « Trasferimenti correnti ad Amministrazione pubbliche » (circa il 19 per cento « Trasferimenti ad enti produttori di servizi sanitari » e quasi il 10 per cento per « Trasferimenti correnti ad enti di ricerca »), con poco più dell'11 per cento destinato ai « Consumi intermedi ».

Fa presente che, nel 2013, la Missione 17 *Ricerca e innovazione* presenta stanziamenti definitivi pari a 460,3 milioni di euro con una riduzione rispetto al 2012 del 2,1 per cento. All'interno della Missione 17, il Programma 20 *Ricerca per il settore della sanità pubblica* con risorse pari a 442,3 milioni di euro, destinate in gran parte a trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche, pesa per oltre il 96 per cento sull'intera Missione. Nelle risorse del Programma 20 sono fra l'altro comprese: la dotazione del Fondo occorrente per il finanziamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata, nonché di sperimentazione in materia sanitaria (cap. 3398); le risorse necessarie per le spese obbligatorie e di funzionamento dell'Istituto superiore di sanità (capitoli 3443, 3444, 3446).

La Missione 20 *Tutela della salute*, suddivisa in cinque programmi, conta 805,4 milioni di stanziamenti iniziali di competenza e 977,8 milioni di stanziamenti definitivi, poco di più rispetto ai 974 milioni del 2012. La lieve crescita degli stanziamenti e degli impegni della Missione (+ 0,4 per cento rispetto al 2012) è imputabile al Programma *Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano e di sicurezza delle cure* che vede un incremento degli stanziamenti, rispetto al 2012, di circa il 20 per cento.

Rileva che nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, sono stanziati risorse destinate al finanziamento della Sanità. In particolare, nella Missione 3 *Relazioni finanziarie con le autonomie*, per quanto d'interesse della Commissione, i programmi di maggiore impatto sono: Programma 3.4 *Federalismo*, con una previsione iniziale di competenza

pari a 57.078 milioni di euro e una definitiva pari a 55.792, le cui risorse sono quasi completamente assorbite dal capitolo 2862 *Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA*; Programma 3.6 *Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria*, con una previsione iniziale di competenza pari a 8.969 milioni di euro e la definitiva pari a 9.854, in cui si segnalano il capitolo 2700 *Fondo sanitario nazionale* (di cui una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto finanzia le spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi del Piano sanitario nazionale) e il capitolo 2701 *Finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale in relazione alle minori entrate dell'IRAP*.

Nella Missione 14 *Infrastrutture pubbliche e logistica* (Programma 14.8 *Opere pubbliche e infrastrutture*), sono presenti le dotazioni per il finanziamento dell'edilizia sanitaria (capitolo 7464, nella Tabella 3 gli stanziamenti di competenza) che per il 2013, a fronte di uno stanziamento di competenza molto basso, registra dei residui pari a 1.888 milioni di euro.

Fa presente, poi, che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, riorganizzato dal Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2011, n. 144, svolge un ruolo di indirizzo, coordinamento e controllo anche sulle politiche sociali, di assistenza, e dell'immigrazione. Nel corso del 2013, sono stati rifinanziati tutti i fondi gestiti dal Ministero (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo per l'infanzia e l'adolescenza e per le non autosufficienze). Per quanto riguarda il Fondo nazionale politiche sociali, il cap. 3671, che indica la dotazione del Fondo, reca uno stanziamento iniziale di 344 milioni di euro e uno stanziamento finale di 5 milioni, dovuto al fatto che 295 milioni risultano trasferiti dal cap. 3671 al cap. 3539 *Somme da corrispondere alle regioni per il finanziamento di interventi di competenza regionale in materia di politiche sociali*.

Gli stanziamenti definitivi di competenza del Ministero nel 2013 ammontano a 111.693 milioni di euro (99.115 milioni

nel 2012), quelli iniziali a 109.878 milioni, mentre i residui al 31 5 dicembre 2012 sono 13.333 milioni.

La Missione 24 *Diritti sociali, politiche sociali e famiglia*, costituita dai programmi 24.2 *Terzo settore: associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali*, e 24.12, *Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, promozione e programmazione politiche sociali, monitoraggio e valutazione interventi*, presenta uno stanziamento iniziale di competenza per il 2013 pari a 26.756 milioni di euro e uno definitivo di 26.770 milioni (24 per cento circa del totale).

La Missione 27 *Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti* presenta uno stanziamento iniziale di competenza per il 2013 pari a 2 milioni di euro e uno definitivo di 41,7 milioni. Rispetto al 2012, gli stanziamenti definitivi di competenza sono aumentati di circa il 13 per cento. Per quanto riguarda gli stanziamenti di interesse della Commissione, la Missione 24 *Diritti sociali, politiche sociali e famiglia* ha avuto un incremento, rispetto al 2012, pari a 1,3 miliardi di euro.

Evidenzia, poi, che nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, sono stanziati risorse destinate al finanziamento anche delle politiche sociali. Nelle Missioni 24 *Diritti sociali, solidarietà sociale e famiglia* e 30 *Giovani e sport*, sono presenti, rispettivamente, i Programmi 24.4 *Lotta alle dipendenze* (con il cap. 2113 *Politiche antidroga*), 24.7 *Sostegno alla famiglia* (con il cap. 2102), 24.8 *Promozione e garanzia dei diritti e delle pari opportunità* (con il cap. 2108), e 30.2 *Incentivazione e sostegno alla gioventù* (con il cap. 2106), con le risorse assegnate ai relativi dipartimenti della Presidenza del Consiglio. Infine, nel settore delle spese di parte corrente si segnala l'incidenza dei residui di nuova formazione sull'ammontare degli impegni di competenza.

Le spese che incidono nell'ambito di tale categoria, per quanto d'interesse della XII Commissione, sono quelle relative al *Fondo corrispondente a quota parte dell'importo del 5 per mille del gettito IRE da*

utilizzare per il sostegno del volontariato, per il finanziamento della ricerca scientifica, della ricerca sanitaria e dell'università, nonché per attività sociali svolte dai comuni di residenza dei contribuenti (cap. 3094) con residui di stanziamento pari a 400 milioni di euro.

Passando, quindi, al disegno di legge di assestamento per il 2014 – che, ricorda, è lo strumento previsto per consentire un aggiornamento, a metà esercizio, degli stanziamenti del bilancio dello Stato, anche sulla scorta della consistenza dei residui attivi e passivi accertata in sede di rendiconto dell'esercizio scaduto al 31 dicembre precedente – fa innanzitutto presente che non tiene ancora conto degli effetti finanziari del decreto legge n. 66 del 2014 in quanto appena convertito dalla legge n. 89 del 2014.

Per quanto le tematiche d'interesse della Commissione XII in ambito sanitario, segnala che nei residui di parte corrente di nuova formazione un peso notevole è attribuibile agli aggregati relativi al complesso dei trasferimenti ad amministrazioni pubbliche, pari a 26.957 milioni di euro, di cui 4.657 milioni al Fondo sanitario nazionale. Dal lato delle spese in conto capitale, si segnala che residui consistenti riguardano i contributi agli investimenti ad Amministrazioni pubbliche, pari a 5.121 milioni, attribuibili prevalentemente al Ministero dell'Economia e delle Finanze, di cui 1.217 milioni di euro destinati all'edilizia sanitaria e ospedaliera. Per quanto riguarda le politiche sociali, dall'analisi delle spese finali per missioni dell'esercizio finanziario 2013, al netto della missione debito pubblico, emerge come un ristretto numero di missioni assorba larga parte delle risorse disponibili. In tale quadro, fra le missioni di maggior rilievo ai fini dell'analisi della gestione di competenza è da segnalare la Missione *Diritti sociali, politiche sociali e famiglia*, che, con 32.214 milioni di euro nel 2013, ha impegnato il 6,4 per cento delle risorse totali, registrando un incremento in termini assoluti rispetto al 2012 di 1.435 milioni, pari a +4,7 per cento.

Procede ad illustrare le principali variazioni relative alle materie che rientrano nelle competenze della XII Commissione, ovvero le variazioni e le previsioni assestate delle missioni e programmi in materia di: politiche sanitarie, politiche sociali, politiche della famiglia, lotta alle dipendenze, politiche giovanili, le risorse per il finanziamento delle quali sono allocate negli stati di previsione del Ministero della salute e del MEF (politiche sanitarie), del Ministero delle politiche sociali e del MEF (politiche sociali), del MEF (politiche per la famiglia, politiche giovanili e lotta alle dipendenze).

Per quanto attiene alle politiche sanitarie, le risorse per l'attuazione di tali politiche sono allocate principalmente nello stato di previsione del Ministero della salute. Per l'anno finanziario 2014, tale stato di previsione reca spese iniziali per complessivi 1.354 milioni di euro in conto competenza e 1.362 milioni di euro in conto cassa, mentre la consistenza dei residui presunti al 1° gennaio 2014 risulta di 779 milioni di euro. Le previsioni assestate dal disegno di legge in esame risultano pari, in conto competenza, a 1.358 milioni di euro e in conto capitale a 1.437 milioni di euro. La previsione iniziale dei residui complessivi risulta invece assestata a 796 milioni di euro.

Gran parte delle risorse, in termini di stanziamenti assestati di competenza, sono concentrate nella missione *Tutela della salute* (20) (885,3 milioni di euro) e nella missione *Ricerca e Innovazione* (17) (418 milioni di euro).

Relativamente alla Missione 20 e alle variazioni proposte dal provvedimento in esame rileva, a livello dei residui, una flessione di 9,2 milioni di euro nell'ambito del programma *Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti* (20.2).

Come ha già ricordato, le risorse relative al concorso dello Stato alla spesa sanitaria sono allocate nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, in particolare nella missione *Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali* (3). All'interno della missione rilevano i programmi *Federalismo* (3.4) e il

programma *Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria* (3.6). Si segnala che alla variazione in aumento (+322 milioni di euro competenza; + 98 milioni di euro cassa) proposta al cap. 2700 *Fondo Sanitario* del programma (3.6), corrisponde una riduzione di identica cifra, ovviamente di segno inverso, dello stanziamento del cap. 2862 *Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA* del programma (3.4).

Nello stato di previsione del MEF rileva, infine, la missione *Infrastrutture pubbliche e logistiche* (14) e in particolare il programma *Opere pubbliche ed infrastrutture* (14.8), il cui cap. 7464 «*Somme da erogare per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica*», pur privo di risorse per quanto riguarda la competenza, contiene pressoché l'intera dotazione della suddetta missione e presenta un incremento proposto dal provvedimento in esame a livello dei residui pari a circa 43,7 milioni di euro, per un totale assestato 1.224,4 milioni di euro.

Per quanto riguarda le politiche sociali, le risorse per l'attuazione di tali politiche sono allocate quasi interamente nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Per l'anno finanziario 2014, le principali missioni, in termini di stanziamenti assestati di competenza, che interessano 3 la XII Commissione, sono la missione *Diritti sociali, politiche sociali e famiglia* (24) (27.256 milioni) – al cui interno si segnala, per la rilevanza dell'investimento, il programma *Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, promozione e programmazione politiche sociali, monitoraggio e valutazione interventi* (24.12) che, con i suoi 27.251 milioni di euro, assorbe quasi completamente le risorse della missione – e la missione *Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti* (27), con una dotazione assestata in conto competenza pari a 32,6 milioni di euro.

All'interno della programma 24.12 segnala in conto competenza i seguenti capitoli: 3527 *Fondo nazionale per l'infanzia*

e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari di cui alla legge n. 285 del 1997 con una dotazione iniziale e assestata coincidente pari a 30,7 milioni di euro; 3528 *Somma da corrispondere all'INPS per il pagamento di pensioni, assegni vari e relativi oneri accessori agli invalidi civili, ai sordomuti ed ai ciechi civili* con una dotazione iniziale e assestata pari a 18.760,9; 3534 *Assegni di maternità* (232.2 milioni previsione iniziale e assestata); 3535 *Assegno ai nuclei familiari* (339 milioni previsione iniziale e assestata); 3537 *Lavoratori affetti da talassemia* (4,8 milioni previsione iniziale e assestata); 3671 *Fondo da ripartire per le politiche sociali* (317 milioni di euro previsione iniziale e assestata); 3538 *Fondo per le non autosufficienze* (350 milioni previsione iniziale e assestata).

Per quanto attiene alle politiche per la famiglia, nello stato di previsione del MEF fa presente che sono allocate le risorse della Missione *Diritti sociali, politiche sociali e famiglia* (24). Nel programma *Protezione sociale per particolari categorie* (24.5) rileva il capitolo 1639 *Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare (Social card)* con una dotazione di competenza iniziale pari a circa 300 milioni euro, che, grazie ad un incremento di 140 milioni di euro in dipendenza di atti amministrativi, si assesta a 440 milioni di euro.

Nel programma *Sostegno alla famiglia* (24.7) rileva il capitolo 2102 *Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei ministri*, reca la dotazione di competenza del Fondo politiche della Famiglia, con una dotazione di competenza iniziale e assestata coincidenti, pari a 20,9 milioni di euro.

Per la lotta alle dipendenze, nello stato di previsione del MEF sono allocate anche le risorse per l'attuazione delle politiche antidroga. Le risorse, individuabili nel programma *Lotta alle dipendenze* (24.4), sono allocate nel capitolo 2113 *Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'attuazione delle politiche antidroga* con una dotazione di compe-

tenza assestata pari a 8,4 milioni di euro che non registra variazioni rispetto a quella iniziale.

Per quanto attiene alle politiche giovanili, segnala che nello stato di previsione del MEF sono inoltre allocate le risorse della Missione *30 Giovani e sport*, contenente il programma *Incentivazione e sostegno alla gioventù* (30.2), con una dotazione di competenza iniziale pari a circa 18 milioni di euro, che, grazie ad un incremento in dipendenza di atti amministrativi pari a 52 milioni di euro, si assesta a 70 milioni di euro.

L'incremento, discendente dalle misure del decreto legge n. 76 del 2013, che possono essere ricondotte al Piano giovani, è allocato nel capitolo 2128 *Somma da trasferire alla Presidenza del Consiglio dei ministri per il Piano di azione e coesione rivolto alla promozione e realizzazione di progetti promossi dai giovani per assicurare il finanziamento delle istanze nell'ambito delle procedure « Giovani per il sociale » e « Giovani per la valorizzazione dei beni pubblici »*, che partendo da una previsione iniziale di competenza nulla, registra un assestato di competenza pari a 52 milioni di euro.

Uguualmente, il capitolo 7212 *Somme da erogare per interventi per la imprenditorialità giovanile* presenta una previsione iniziale pari a zero, che in seguito a una variazione in dipendenza di atti amministrativi registra un assestato di competenza pari a 26 milioni di euro, si assesta a tale cifra.

Segnala, infine, che il capitolo 2106 *Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per incentivazione e sostegno alla gioventù* registra invece una previsione di competenza iniziale e assestata pari a 16,8 milioni di euro.

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

La seduta termina alle 14.50

SEDE REFERENTE

Mercoledì 23 luglio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per le politiche sociali, Franca Biondelli.

La seduta comincia alle 14.50.

Istituzione del «Giorno del dono».

C. 2422, approvata dal Senato.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione inizia oggi l'esame, in sede referente, della proposta di legge C. 2422, già approvata dal Senato, recante «Istituzione del «Giorno del dono».

Dà, pertanto, la parola all'onorevole Patriarca, per lo svolgimento della relazione.

Edoardo PATRIARCA (PD), *relatore*, fa presente che la proposta di legge in esame, già approvata dal Senato il 28 maggio scorso, si compone di due articoli.

L'articolo 1 riconosce nel 4 ottobre di ogni anno il giorno dedicato al dono. La Giornata intende offrire ai cittadini l'opportunità di acquisire una maggiore consapevolezza del contributo che le scelte e le attività donative possono recare alla crescita della società italiana, ravvisando in esse una forma di impegno e di partecipazione nella quale i valori primari della libertà e della solidarietà affermati dalla Costituzione trovano un'espressione degna di essere riconosciuta e promossa, anche in modo differenziato e aperto, come emerge anche dall'esplicito accoglimento del principio di sussidiarietà. (articolo 118, quarto comma, nel testo riformato).

In occasione del giorno del dono, l'articolo 2 dà facoltà di organizzare – in modo particolare nelle scuole di ogni or-

dine e grado – cerimonie, iniziative, incontri, momenti comuni di riflessione, presentazioni, affinché la pratica del dono sia oggetto di attenzione in tutte le forme che essa può assumere e soprattutto riceva il conforto di adeguati approfondimenti culturali.

La data scelta è quella del 4 ottobre, festa di San Francesco d'Assisi patrono d'Italia, già giornata della pace, della fraternità e del dialogo tra culture e religioni.

Il tema del dono è materia di un ampio dibattito culturale diventato particolarmente vivace e intenso negli ultimi anni. Parallelamente, ampia e variegata è la presenza quotidiana del dono nella realtà sociale, nazionale e internazionale: si tratti di risorse personali quali tempo, energie, competenze, o di mezzi finanziari, di patrimoni materiali o di altro ancora, come nel caso della donazione di sangue e di organi.

Osserva che in questo tempo di crisi economica e morale, portare all'attenzione dell'opinione pubblica il tema del dono assume un particolare significato. Esso permette di scoprire, o riscoprire, il valore della «gratuità»: un valore che porta linfa vitale alla società, che si batte contro indifferenza ed egoismo, e che ricostruisce per quanto possibile, relazioni di fiducia e reciprocità.

Precisa che istituire il giorno del dono non significa istituzionalizzare la generosità spontanea, ma piuttosto valorizzare e coltivare la solidarietà degli italiani. E va da sé che il giorno del dono non intende coinvolgere solo le Organizzazioni non profit virtuose, quelle che mettono al centro del proprio agire trasparenza e credibilità, ma anche tutte le realtà produttive socialmente responsabili, le scuole, le università, il mondo della cultura, le pubbliche amministrazioni.

Ritiene, quindi, che sia questo lo spirito del giorno del dono: non mera filantropia ma gratuità, reciprocità e strumento per costruire relazioni capaci di mobilitare quelle energie che la società talvolta lascia inoperose. Il dono è generazione, è creazione di valore e ricchezza per la comunità intera. È proprio questa l'intenzione

che ha animato il Presidente emerito senatore Carlo Azeglio Ciampi primo firmatario al Senato di questo disegno di legge, disegno di legge fortemente voluto anche dall'Istituto Italiano della Donazione.

Conclude, evidenziando che le iniziative non comporteranno nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvederanno agli adempimenti derivanti dal disegno di legge in esame con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il sottosegretario Franca BIONDELLI dichiara di condividere lo spirito del provvedimento da lei già seguito nel corso dell'esame al Senato. Ritiene che il valore primario della solidarietà risulti particolarmente significativo in un periodo di grave crisi economica. Giudica importante anche l'individuazione della giornata del 4 ottobre, che si caratterizza tradizionalmente come dedicata alla pace.

Ritiene, infine, necessaria una riflessione sulla riscontrata grave diminuzione delle donazioni di sangue e soprattutto di organi.

Ileana ARGENTIN (PD) ringrazia il relatore per avere posto l'attenzione su valori che vengono dati per scontati ma che devono essere condivisi. Manifesta apprezzamento anche per il prospettato coinvolgimento di tutte le realtà produttive socialmente responsabili, non limitandosi alle organizzazioni del terzo settore che tradizionalmente operano in questi ambiti.

Invita tutti i membri della Commissione ad essere soggetti attivi nell'ambito della giornata del dono in modo di diffondere conoscenza tra i soggetti meno consapevoli, in particolare veicolando il messaggio che le diversità non sono un limite ma un patrimonio.

Paola BINETTI (PI), nel ringraziare il relatore per avere affrontato il tema al di fuori della retorica, richiama esperienze

della sua infanzia in cui, proprio nella giornata del 4 ottobre, veniva invitata a compiere gesti gratuiti nei confronti di persone bisognose.

Sottolinea l'importanza della gratuità, specie in un'epoca caratterizzata da un approccio di tipo eccessivamente economico ai fatti della vita. Ritiene che i soggetti che rivestono cariche pubbliche debbano dare, accanto a quella personale, una dimensione pubblica alla generosità. Concorda con il relatore e con la collega Argentin sulla necessità di un coinvolgimento di soggetti che vadano oltre il terzo settore.

Coglie l'occasione per ricordare che è ormai un anno che è presente in piazza Montecitorio la tenda eretta dai fratelli Biviano per porre l'attenzione sui temi della cura dei malati di distrofia muscolare. Nel ricordare la sua posizione fortemente critica sul metodo Stamina, ritiene in ogni caso importante dare ascolto ai bisogni dei soggetti malati e instaurare un dialogo che sia occasione di arricchimento reciproco.

Daniela SBROLLINI (PD) ringrazia tutti i colleghi sinora intervenuti per avere posto l'attenzione con semplicità sul concetto di gratuità, in un periodo condizionato dalla crisi economica e dalla logica del mercato. Ritiene che questi temi si possano legare ad un nuovo modo di fare politica.

Nel sottolineare il richiamo fatto dal rappresentante del Governo sul calo delle donazioni di sangue ed organi, invita i colleghi a farsi promotori di un'informazione su questi temi, rivolta soprattutto ai giovani, per fugare timori irrazionali.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta nel corso della quale potranno chiudersi gli interventi sul provvedimento in esame e svolgersi le repliche del relatore e del rappresentante del Governo.

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare.

C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin e C. 2205 Miotto.

(Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, nella seduta del 15 luglio 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che nelle sedute precedenti si è svolto il dibattito.

Dà, quindi, la parola, al Governo e al relatore per gli interventi in replica.

Il sottosegretario Franca BIONDELLI condivide l'impostazione delle proposte presentate e ne auspica un *iter* celere, pur non nascondendosi i problemi legati alla copertura finanziaria. Preannuncia che discuterà di questi temi, nonché di altre tematiche legate alle politiche sociali, in un imminente incontro con il Ministro Poletti. Ricorda che anche la Presidente della Camera si è espressa per una soluzione rapida dei problemi legati all'assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare.

Elena CARNEVALI (PD), *relatore*, ricorda che il tema in esame è stato già affrontato nelle passate legislature senza trovare soluzione in ragione del mancato reperimento delle necessarie risorse.

Riprendendo alcune osservazioni svolte dal collega Baroni sulla opportunità di nuovi interventi legislativi, sottolinea che non si intende modificare il quadro normativo attuale ma solo incentivare alcune esperienze positive già esistenti, per superare un modello di assistenza fondato solo sulle strutture socio-sanitarie, che presentano peraltro forti disparità territoriali, come ricordato dalla collega Sbrollini.

Ritiene che la questione non possa essere affrontata con l'uniformità delle risposte, in ragione della molteplicità delle situazioni, ma permettendo ai singoli

un'adeguata programmazione. Ritiene collegato a questo tema anche quello della vita indipendente sollevato dal collega Fosati. Concorda con la collega Binetti sulla necessità di possedere dati certi in ragione dell'evoluzione demografica della popolazione italiana.

Ritiene necessario un approfondimento sul tema, ricordato dalla collega Argentin, del possibile utilizzo di risorse private, con opportune garanzie, per motivazioni di natura sia etica che pratica.

Sottolinea che l'obiettivo che si deve porre la Commissione è quello di facilitare ed incentivare, con le opportune garanzie, misure per assicurare un'esistenza dignitosa ai soggetti in difficoltà. Giudica opportuno lo svolgimento di un ciclo di audizioni informali ed invita i colleghi a presentare il prima possibile eventuali ulteriori progetti di legge sulla materia per avere un quadro più completo delle proposte sul tappeto al fine di poter elaborare un testo unificato che tenga conto delle posizioni di tutti gruppi parlamentari.

Ringrazia il rappresentante del Governo per la sua disponibilità ed apprezza l'intervento sulla materia del Presidente della Camera.

Pur comprendendone le difficoltà, invita a distinguere il tema oggetto delle proposte di legge da quello della non autosufficienza, sottolineando l'importanza di garantire una vita relazionale ai soggetti con fragilità che non sono necessariamente non autosufficienti.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, chiede ai rappresentanti dei gruppi di far pervenire le proposte per i soggetti da audire.

La Commissione delibera, quindi, di nominare un Comitato ristretto per l'elaborazione di un testo unificato, riservandosi il presidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.30.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Mercoledì 23 luglio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU.

La seduta comincia alle 15.30.

Sulla missione di studio a Cagliari e Olbia sul progetto relativo al completamento e al rilancio dell'ex Ospedale San Raffaele di Olbia.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che nelle giornate del 3 e 4 luglio scorsi una delegazione della XII Commissione ha effettuato una missione di studio a Cagliari e Olbia per approfondire le tematiche connesse al completamento e rilancio dell'ex Ospedale San Raffaele di Olbia.

In esito allo svolgimento della missione, ha quindi presentato una relazione che illustra l'attività svolta dalla delegazione nel corso della missione e sui temi discussi in tale sede (*vedi allegato 3*).

Nell'illustrare brevemente la relazione depositata, sottolinea che l'aspetto più rilevante della vicenda relativa all'ospedale di Olbia è rappresentato dall'impegno assunto dalla presidenza del Consiglio, su richiesta della regione Sardegna, in sede di stipula del protocollo, a portare avanti le modifiche legislative necessarie alla realizzazione del progetto. Rileva che tale modello potrebbe trovare un seguito in altre situazioni, anche al di fuori del campo sanitario.

La Commissione prende atto.

Massimo Enrico BARONI (M5S) auspica che la Commissione possa esaminare più compiutamente la questione potendo contare anche su dati più puntuali.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, invita il collega Baroni a far pervenire eventuali quesiti che potranno essere sottoposti al Ministro Lorenzin in vista del seguito dell'audizione su questo tema.

Elena CARNEVALI (PD), ritenendo necessari ulteriori spazi di approfondimento, chiede chiarimenti in ordine alle modifiche legislative proposte.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che nel corso dell'audizione di ieri il Ministro Lorenzin ha prospettato la necessità di intervenire con una modifica delle norme del DL n. 95 del 2012 (cd. *spending review*), convertito dalla legge n. 135 del 2012, sul numero di posti letto per abitante e sul tetto alla spesa sanitaria accreditata.

Dichiara pertanto concluse le comunicazioni in titolo.

La seduta termina alle 15.45.**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.45 alle 16.

ALLEGATO 1

7-00375 Lenzi: Iniziative volte a fronteggiare la peste suina africana e la malattia vescicolare suina.**PROPOSTA DI NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE**

La XII Commissione (Affari sociali),

premessi che:

gli allevamenti di suini italiani sono attualmente colpiti da due emergenze sanitarie, la peste suina africana e la malattia vescicolare suina, che provocano danno a tutto il settore suinicolo e di trasformazione e ne limitano le esportazioni e la commercializzazione dei prodotti;

la malattia vescicolare suina (MVS) ha colpito negli anni scorsi gli allevamenti della nostra nazione. Il Ministero della salute ha emanato le ordinanze ministeriali 12 aprile 2008 su « Identificazione dei suini e allevamenti di suini » e « Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorveglianza della peste suina classica » che riprendono il documento SANCO/10543/2007 rev.1 che modifica la decisione 2005/782/CE e modificato ancora in data 4 marzo 2008 con documento SANCO/10543/2007 rev.2 e la decisione 2007/782/CE;

l'accreditamento aziendale e regionale di indennità da malattia vescicolare suina consente la possibilità di movimentazione degli animali e delle carni, ma attualmente in Italia non si ha l'accreditamento di tutte le regioni per l'indennità da MVS. Infatti ad oggi le regioni Campania e Calabria presentano ancora dei focolai;

questa presenza di MVS impedisce la commercializzazione di carne suina e sottoprodotti di carne suina verso alcuni

Paesi esteri procurando grave danno alle nostre aziende suinicole e alle aziende agroalimentari di trasformazione;

riconoscendo l'autonomia regionale di intervento anche su questo piano di eradicazione della MVS, la mancata risoluzione dell'infezione causa un danno anche agli altri allevamenti nazionali;

come previsto nella ordinanza ministeriale 12 aprile 2008, interventi di abbattimento dei capi infetti e precise e severe norme di biosicurezza consentono l'eradicazione del virus infettivo e dei capi infetti. Inoltre la corretta identificazione dei capi suini e la loro movimentazione elimina la possibile diffusione del contagio;

per quanto attiene alla malattia vescicolare (MVS) la Direzione generale della sanità animale e del farmaco veterinario del Ministero della salute-Unità di crisi nazionale audita dalla Commissione il 9 luglio 2014 ha attestato un netto miglioramento della situazione epidemiologica soprattutto in Campania dove l'ultimo focolaio risale al 2012;

la peste suina africana (PSA) è una malattia altamente contagiosa dei suini domestici e selvatici, non trasmissibile all'uomo, causata da un virus a DNA, genere Asfavirus, appartenente alla famiglia degli Asfavaridae. In Italia è attualmente presente solo in Sardegna ben dal 1978;

la presenza del virus della PSA in Europa costituisce un freno al consolidamento di flussi commerciali europei di esportazione di carne suina e trasformati

verso Paesi come Giappone, Brasile e India, pertanto l'eradicazione della PSA diventa una priorità. In questi ultimi mesi sono stati segnalati casi di focolai di PSA anche nell'est Europa (Lituania e Polonia) con il timore della diffusione della malattia e la riduzione delle esportazioni internazionali verso Paesi indenni dalla malattia;

il decreto legislativo n. 54 del 20 febbraio 2004 recepisce le misure comunitarie per la lotta contro la PSA e il Centro di riferimento nazionale per le pesti suine ha elaborato il « Piano di Emergenza per la Peste Suina Classica e la Peste Suina Africana »;

la presenza di allevamenti di piccole dimensioni e familiari, accompagnata dalla presenza di cinghiali selvatici, ha reso difficile l'eradicazione della malattia in Sardegna,

al fine di approfondire la conoscenza delle tematiche oggetto della presente risoluzione, ha svolto audizioni informali dei rappresentanti dei sindacati dei veterinari, dell'Ordine dei veterinari delle province della Sardegna, del Centro di riferimento nazionale per lo studio delle malattie da pesti suine presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche, dei rappresentanti dell'unità di crisi nazionale e regionale della Sardegna, nonché del delegato del direttore generale della sanità animale del Ministero della salute e di rappresentanti delle regioni Campania e Sardegna;

per quanto attiene in particolare alla peste suina africana, nel corso delle suddette audizioni ha inoltre appreso che:

come evidenziato nella relazione del dirigente del Ministero della salute, risulta « una brusca involuzione della situazione epidemiologica » che ha visto 91 focolai nel 2012, 177 nel 2013 e già 64 nel 2014 ». Ciononostante già da tempo, a fronte di tale situazione, la Commissione europea è intervenuta con la propria decisione di esecuzione 2011/852/UE definendo tutta l'isola come territorio « ad alto rischio », precludendo gli scambi commer-

ciali e imponendo più volte l'adozione di un piano di eradicazione che, evidentemente, non ha dato i risultati attesi;

criticità gravi sono emerse nel corso dell'ispezione effettuata dal Ministero della salute congiuntamente ai NAS e di quella effettuata dagli ispettori della Commissione europea nel marzo 2013. Tali criticità in sintesi riguardano:

la mancata applicazione del decreto legislativo n. 200 del 2010 sulla registrazione delle aziende suine che comporta il tatuaggio sull'auricolare dell'animale del codice aziendale, l'implementazione della banca dati nazionale, il controllo delle movimentazioni;

la carente vigilanza sugli agriturismi, aziende di ristorazione e strutture di mercato del suino sardo;

il mancato coordinamento con il Corpo forestale e gli Enti parco;

l'insufficiente attività di controllo in porti e aeroporti;

l'inefficace azione di contrasto dell'allevamento brado;

la mancata regolazione delle macellazioni ad uso familiare;

la disapplicazione delle misure di bio sicurezza minime;

largamente condivisa è risultata l'opinione che, alla radice delle difficoltà riscontrate, vi sia il peculiare sistema tradizionale sardo di allevamento dei suini, la promiscuità nei pascoli bradi tra suini e cinghiali, la permanenza di allevamenti illegali;

in conseguenza di ciò il Commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori Tonio Borg, nel ribadire la richiesta di una gestione centralizzata delle attività di eradicazione, ha evidenziato il rischio che la malattia si diffonda al di fuori dell'isola e possa arrecare così gravissimi danni alla suinicoltura europea. Il commissario ha quindi minacciato misure drastiche con ricadute nei confronti di tutto il territorio nazionale;

alcuni degli auditi hanno segnalato episodi di minacce e attentati all'incolumità personale;

ricordato che la Commissione Europea ha stanziato per i piani di eradicazione 850.000 euro per il 2012 e 1.400.000 per il 2013;

osservato che se la PSA non è contagiosa per l'uomo così non è per altre malattie, quali ad esempio la trichinosi, che in un contesto quale quello delineato (pascolo brado e mancanza di controllo) possono facilmente diffondersi con gravi rischi per la salute dell'uomo;

appreso che il nuovo Governo della regione Sardegna, appena insediato, ha approvato con deliberazione n. 25/18 del 2.7.2014 2/6 la redazione e l'attuazione di un Piano d'azione straordinario per il contrasto e l'eradicazione della PSA in Sardegna, nonché l'istituzione di un Comitato ristretto d'indirizzo per l'eradicazione della PSA in Sardegna, coordinato dal Presidente della Regione o da un suo delegato e al quale partecipano l'Assessore dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale, l'Assessore dell'Agricoltura e Riforma Agro – Pastorale e l'Assessore della Difesa dell'Ambiente, con il compito di indirizzare, verificare e monitorare l'attuazione del Piano d'azione straordinario per l'eradicazione della PSA e l'istituzione di una Unità di Missione per l'eradicazione della PSA in Sardegna;

condiviso il convincimento che il problema dell'eradicazione della peste suina africana in Sardegna presenta aspetti sanitari, culturali, economici, ambientali, sociali e di ordine pubblico e che, di conseguenza, è necessario, per ottenere risultati efficaci, coinvolgere più competenze e a livello nazionale più ministeri,

impegna il Governo:

1) per quanto attiene alla peste suina:

a) a conferire unicamente al Presidente della Regione Sardegna o suo de-

legato il potere di emettere ordinanza di abbattimento dei capi suini infetti da PSA e allevati allo stato brado;

b) a impedire gli usi civici di territorio per il pascolo brado da parte di aziende zootecniche anche di piccole dimensioni che non siano regolarmente registrate e i relativi capi iscritti all'anagrafe aziendale e in Banca Dati Nazionale;

c) a sostenere la regione Sardegna nel piano di eradicazione anche attraverso la convocazione da parte dei prefetti in accordo con il presidente della regione dei comitati per l'ordine pubblico onde garantire il coinvolgimento e il coordinamento delle forze dell'ordine e in particolare Corpo forestale, Nas e Noe e dei sindaci delle zone coinvolte;

d) a verificare che l'azione congiunta e collaborativa tra tutti i soggetti pubblici assicurati inoltre la vigilanza su ristoranti, trattorie, negozi alimentari agriturismi ed altre entità ricettive dove va garantita la somministrazione di alimenti di provenienza suina lecita, certificata e sicura;

e) a sostenere la adozioni di azioni premiali, ove non si configurino come aiuti di stato non autorizzati, per allevamenti in regola e di un marchio di garanzia per chi vende prodotti certificati;

f) a coinvolgere i veterinari aziendali liberi professionisti che operano negli allevamenti di suini, sia di grande che piccola dimensione, per affrontare i punti critici e giungere alla risoluzione dell'infezione in Sardegna;

g) ad attuare negli allevamenti di suini della Sardegna tutte le misure di biosicurezza essenziali ad evitare il contagio come l'applicazione di una quarantena degli animali, l'uso di calzari e indumenti monouso negli allevamenti, la costruzione di doppi recinti negli allevamenti per evitare contagio con cinghiali allo stato selvatico, il divieto di usare scarti e avanzi alimentari nell'alimentazione dei suini;

h) ad assumere iniziative attraverso il coinvolgimento delle autorità preposte ai controlli ambientali e sui rifiuti per una gestione corretta dei rifiuti di alimenti sul territorio al fine di impedire potenziali contagi, in particolare nei confronti dei cinghiali;

i) a verificare il regolare smaltimento delle carcasse e dei residui di origine animale suina attraverso l'incenerimento all'interno del territorio regionale;

l) a rafforzare i controlli su porti e aeroporti;

m) a monitorare trimestralmente l'attuazione del piano di eradicazione e darne semestralmente informazione a questa Commissione;

2) per quanto attiene alla malattia vescicolare suina:

a) a verificare la piena attuazione delle ordinanze ministeriali 12 aprile 2008 « Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorve-

glianza della peste suina classica » nelle regioni che hanno ancora focolai aperti di Malattia vescicolare suina;

b) ad attuare un controllo sierologico e clinico per la MVS sui suini di importazione, in particolare per prevenire l'immissione di animali con forme sub-cliniche difficilmente identificabili;

c) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per verificare la corretta applicazione del decreto legislativo n. 200 del 26 ottobre 2010 « Attuazione della Direttiva 2008/71/CE relativa all'identificazione e registrazione dei suini » nelle regioni senza accreditamento per la malattia vescicolare suina; a disporre per quanto di competenza interventi immediati per l'identificazione delle aziende infette per MVS, con l'abbattimento dei capi infetti nonché a disporre tutte le norme di biosicurezza previste dall'allegato II e X dell'ordinanza ministeriale 12 aprile 2008.

Lenzi, Cova, Luciano Agostini, Amato, Paola Bragantini, Carnevali, Carra, Casati, D'Incecco, Fossati, Grassi, Miotto, Oliverio, Scuvera, Venittelli, Zanin ».

ALLEGATO 2

7-00375 Lenzi: Iniziative volte a fronteggiare la peste suina africana e la malattia vescicolare suina.**NUOVO TESTO DELLA RISOLUZIONE
APPROVATO DALLA COMMISSIONE (N. 8-00068)**

La XII Commissione (Affari sociali),
premessi che:

gli allevamenti di suini italiani sono attualmente colpiti da due emergenze sanitarie, la peste suina africana e la malattia vescicolare suina, che provocano danno a tutto il settore suinicolo e di trasformazione e ne limitano le esportazioni e la commercializzazione dei prodotti;

la malattia vescicolare suina (MVS) ha colpito negli anni scorsi gli allevamenti della nostra nazione. Il Ministero della salute ha emanato le ordinanze ministeriali 12 aprile 2008 su « Identificazione dei suini e allevamenti di suini » e « Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorveglianza della peste suina classica » che riprendono il documento SANCO/10543/2007 rev.1 che modifica la decisione 2005/782/CE e modificato ancora in data 4 marzo 2008 con documento SANCO/10543/2007 rev.2 e la decisione 2007/782/CE;

l'accreditamento aziendale e regionale di indennità da malattia vescicolare suina consente la possibilità di movimentazione degli animali e delle carni, ma attualmente in Italia non si ha l'accreditamento di tutte le regioni per l'indennità da MVS. Infatti ad oggi le regioni Campania e Calabria presentano ancora dei focolai;

questa presenza di MVS impedisce la commercializzazione di carne suina e sottoprodotti di carne suina verso alcuni

Paesi esteri procurando grave danno alle nostre aziende suinicole e alle aziende agroalimentari di trasformazione;

riconoscendo l'autonomia regionale di intervento anche su questo piano di eradicazione della MVS, la mancata risoluzione dell'infezione causa un danno anche agli altri allevamenti nazionali;

come previsto nella ordinanza ministeriale 12 aprile 2008, interventi di abbattimento dei capi infetti e precise e severe norme di biosicurezza consentono l'eradicazione del virus infettivo e dei capi infetti. Inoltre la corretta identificazione dei capi suini e la loro movimentazione elimina la possibile diffusione del contagio;

per quanto attiene alla malattia vescicolare (MVS) la Direzione generale della sanità animale e del farmaco veterinario del Ministero della salute-Unità di crisi nazionale audita dalla Commissione il 9 luglio 2014 ha attestato un netto miglioramento della situazione epidemiologica soprattutto in Campania dove l'ultimo focolaio risale al 2012;

la peste suina africana (PSA) è una malattia altamente contagiosa dei suini domestici e selvatici, non trasmissibile all'uomo, causata da un virus a DNA, genere Asfavirus, appartenente alla famiglia degli Asfaviridae. In Italia è attualmente presente solo in Sardegna ben dal 1978;

la presenza del virus della PSA in Europa costituisce un freno al consolidamento di flussi commerciali europei di

esportazione di carne suina e trasformati verso Paesi come Giappone, Brasile e India, pertanto l'eradicazione della PSA diventa una priorità. In questi ultimi mesi sono stati segnalati casi di focolai di PSA anche nell'est Europa (Lituania e Polonia) con il timore della diffusione della malattia e la riduzione delle esportazioni internazionali verso Paesi indenni dalla malattia;

il decreto legislativo n. 54 del 20 febbraio 2004 recepisce le misure comunitarie per la lotta contro la PSA e il Centro di riferimento nazionale per le pesti suine ha elaborato il « Piano di Emergenza per la Peste Suina Classica e la Peste Suina Africana »;

la presenza di allevamenti di piccole dimensioni e familiari, accompagnata dalla presenza di cinghiali selvatici, ha reso difficile l'eradicazione della malattia in Sardegna,

al fine di approfondire la conoscenza delle tematiche oggetto della presente risoluzione, ha svolto audizioni informali dei rappresentanti dei sindacati dei veterinari, dell'Ordine dei veterinari delle province della Sardegna, del Centro di riferimento nazionale per lo studio delle malattie da pesti suine presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche, dei rappresentanti dell'unità di crisi nazionale e regionale della Sardegna, nonché del delegato del direttore generale della sanità animale del Ministero della salute e di rappresentanti delle regioni Campania e Sardegna;

per quanto attiene in particolare alla peste suina africana, nel corso delle suddette audizioni ha inoltre appreso che:

come evidenziato nella relazione del dirigente del Ministero della salute, risulta « una brusca involuzione della situazione epidemiologica » che ha visto 91 focolai nel 2012, 177 nel 2013 e già 64 nel 2014 ». Ciononostante già da tempo, a fronte di tale situazione, la Commissione europea è intervenuta con la propria decisione di esecuzione 2011/852/UE definendo tutta l'isola come territorio « ad alto

rischio », precludendo gli scambi commerciali e imponendo più volte l'adozione di un piano di eradicazione che, evidentemente, non ha dato i risultati attesi;

criticità gravi sono emerse nel corso dell'ispezione effettuata dal Ministero della salute congiuntamente ai NAS e di quella effettuata dagli ispettori della Commissione europea nel marzo 2013. Tali criticità in sintesi riguardano:

la mancata applicazione del decreto legislativo n. 200 del 2010 sulla registrazione delle aziende suine che comporta il tatuaggio sull'auricolare dell'animale del codice aziendale, l'implementazione della banca dati nazionale, il controllo delle movimentazioni;

la carente vigilanza sugli agriturismi, aziende di ristorazione e strutture di mercato del suino sardo;

il mancato coordinamento con il Corpo forestale e gli Enti parco;

l'insufficiente attività di controllo in porti e aeroporti;

l'inefficace azione di contrasto dell'allevamento brado;

la mancata regolazione delle macellazioni ad uso familiare;

la disapplicazione delle misure di bio sicurezza minime;

largamente condivisa è risultata l'opinione che, alla radice delle difficoltà riscontrate, vi sia il peculiare sistema tradizionale sardo di allevamento dei suini, la promiscuità nei pascoli bradi tra suini e cinghiali, la permanenza di allevamenti illegali;

in conseguenza di ciò il Commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori Tonio Borg, nel ribadire la richiesta di una gestione centralizzata delle attività di eradicazione, ha evidenziato il rischio che la malattia si diffonda al di fuori dell'isola e possa arrecare così gravissimi danni alla suinicoltura europea. Il commissario ha quindi minacciato misure drastiche con ricadute nei confronti di tutto il territorio nazionale;

alcuni degli auditi hanno segnalato episodi di minacce e attentati all'incolumità personale;

ricordato che la Commissione Europea ha stanziato per i piani di eradicazione 850.000 euro per il 2012 e 1.400.000 per il 2013;

osservato che se la PSA non è contagiosa per l'uomo così non è per altre malattie, quali ad esempio la trichinosi, che in un contesto quale quello delineato (pascolo brado e mancanza di controllo) possono facilmente diffondersi con gravi rischi per la salute dell'uomo;

appreso che il nuovo Governo della regione Sardegna, appena insediato, ha approvato con deliberazione n. 25/18 del 2.7.2014 2/6 la redazione e l'attuazione di un Piano d'azione straordinario per il contrasto e l'eradicazione della PSA in Sardegna, nonché l'istituzione di un Comitato ristretto d'indirizzo per l'eradicazione della PSA in Sardegna, coordinato dal Presidente della Regione o da un suo delegato e al quale partecipano l'Assessore dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale, l'Assessore dell'Agricoltura e Riforma Agro – Pastorale e l'Assessore della Difesa dell'Ambiente, con il compito di indirizzare, verificare e monitorare l'attuazione del Piano d'azione straordinario per l'eradicazione della PSA e l'istituzione di una Unità di Missione per l'eradicazione della PSA in Sardegna;

condiviso il convincimento che il problema dell'eradicazione della peste suina africana in Sardegna presenta aspetti sanitari, culturali, economici, ambientali, sociali e di ordine pubblico e che, di conseguenza, è necessario, per ottenere risultati efficaci, coinvolgere più competenze e a livello nazionale più ministeri,

impegna il Governo:

1) per quanto attiene alla peste suina:

a) a conferire unicamente al Presidente della Regione Sardegna o suo de-

legato il potere di emettere ordinanza di abbattimento dei capi suini infetti da PSA e allevati allo stato brado;

b) a impedire gli usi civici di territorio per il pascolo brado da parte di aziende zootecniche anche di piccole dimensioni che non siano regolarmente registrate e i relativi capi iscritti all'anagrafe aziendale e in Banca Dati Nazionale;

c) a sostenere la regione Sardegna nel piano di eradicazione anche attraverso la convocazione da parte dei prefetti in accordo con il presidente della regione dei comitati per l'ordine pubblico onde garantire il coinvolgimento e il coordinamento delle forze dell'ordine e in particolare Corpo forestale, Nas e Noe e dei sindaci delle zone coinvolte;

d) a verificare che l'azione congiunta e collaborativa tra tutti i soggetti pubblici assicurati inoltre la vigilanza su ristoranti, trattorie, negozi alimentari agriturismi ed altre entità ricettive dove va garantita la somministrazione di alimenti di provenienza suina lecita, certificata e sicura;

e) a sostenere la adozioni di azioni premiali, ove non si configurino come aiuti di stato non autorizzati, per allevamenti in regola e di un marchio di garanzia per chi vende prodotti certificati;

f) a coinvolgere i veterinari aziendali liberi professionisti che operano negli allevamenti di suini, sia di grande che piccola dimensione, per affrontare i punti critici e giungere alla risoluzione dell'infezione in Sardegna;

g) ad attuare negli allevamenti di suini della Sardegna tutte le misure di biosicurezza essenziali ad evitare il contagio come l'applicazione di una quarantena degli animali, l'uso di calzari e indumenti monouso negli allevamenti, la costruzione di doppi recinti negli allevamenti per evitare contagio con cinghiali allo stato selvatico, il divieto di usare scarti e avanzi alimentari nell'alimentazione dei suini;

h) ad assumere iniziative attraverso il coinvolgimento delle autorità preposte ai controlli ambientali e sui rifiuti per una gestione corretta dei rifiuti di alimenti sul territorio al fine di impedire potenziali contagi, in particolare nei confronti dei cinghiali;

i) a verificare il regolare smaltimento delle carcasse e dei residui di origine animale suina attraverso l'incenerimento all'interno del territorio regionale;

l) a rafforzare i controlli su porti e aeroporti, anche favorendo l'istituzione in Sardegna di un punto di ispezione frontaliere;

m) a monitorare trimestralmente l'attuazione del piano di eradicazione e darne semestralmente informazione a questa Commissione;

2) per quanto attiene alla malattia vescicolare suina:

a) a verificare la piena attuazione delle ordinanze ministeriali 12 aprile 2008 « Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorveglianza della peste suina classica » nelle regioni che hanno ancora focolai aperti di Malattia vescicolare suina;

b) ad attuare un controllo sierologico e clinico per la MVS sui suini di importazione, in particolare per prevenire l'immissione di animali con forme subcliniche difficilmente identificabili;

c) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per verificare la corretta applicazione del decreto legislativo n. 200 del 26 ottobre 2010 « Attuazione della Direttiva 2008/71/CE relativa all'identificazione e registrazione dei suini » nelle regioni senza accreditamento per la malattia vescicolare suina; a disporre per quanto di competenza interventi immediati per l'identificazione delle aziende infette per MVS, con l'abbattimento dei capi infetti nonché a disporre tutte le norme di biosicurezza previste dall'allegato II e X dell'ordinanza ministeriale 12 aprile 2008.

(8-00068) « Lenzi, Cova, Luciano Agostini, Amato, Paola Bragantini, Carnevali, Carra, Casati, D'Incecco, Fossati, Grassi, Miotto, Oliverio, Scuvera, Venittelli, Zanin, Capelli, Binetti, Sbrollini, Vargiu, Fucci, Monchiero, Rondini ».

ALLEGATO 3

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**SULLA MISSIONE DI STUDIO A CAGLIARI E OLBIA SUL PROGETTO RELATIVO AL COMPLETAMENTO E AL RILANCIO DELL'EX OSPEDALE SAN RAFFAELE DI OLBIA**

Una delegazione della Commissione Affari sociali, da me guidata e composta dai deputati Paola Binetti, Roberto Capelli, Massimo Enrico Baroni, Donata Lenzi, Settimo Nizzi, si è recata in missione di studio a Cagliari e ad Olbia nelle giornate del 3 e 4 luglio scorsi. Erano presenti anche i deputati del territorio Marco Meloni, Siro Marrocu e Manuela Serra a Cagliari e Giovanni Sanna, Giampiero Scanu e Nicola Bianchi ad Olbia.

La missione, autorizzata dal Presidente della Camera, ha avuto lo scopo di acquisire – attraverso il coinvolgimento sul territorio di tutte le istituzioni a vario titolo interessate – elementi informativi sullo stato di avanzamento del progetto di cui al Protocollo d'intesa sottoscritto il 21 maggio scorso presso la Presidenza del Consiglio tra Governo Italiano, Regione autonoma della Sardegna e Qatar Foundation Endowment, avente ad oggetto il completamento e il rilancio dell'ex ospedale San Raffaele di Olbia, che in base al citato accordo dovrebbe diventare un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico gestito dall'Ospedale Bambin Gesù.

La delegazione della Commissione ha incontrato il 3 luglio a Cagliari, presso la sede del Consiglio regionale, il Presidente della Regione Sardegna, prof. Francesco Pigliaru, l'assessore all'igiene e sanità e all'assistenza sociale della regione Sardegna, dott. Luigi Arru, il Presidente del Consiglio regionale, Gianfranco Ganau, e il presidente della Commissione salute e politiche sociali del Consiglio regionale, Raimondo Perra. La delegazione ha inoltre

incontrato il Magnifico Rettore dell'Università di Cagliari, prof. Giovanni Melis.

Nel corso degli incontri svolti a Cagliari, introdotti dal sottoscritto con l'intento di chiarire le ragioni della missione, connesse appunto all'esigenza di acquisire dagli interlocutori istituzionali locali le rispettive valutazioni sulla straordinarietà dell'evento rappresentato dall'intervento della Presidenza del Consiglio in una materia – quella della programmazione e della organizzazione sanitaria – di competenza regionale, è emersa in generale una posizione largamente favorevole al progetto, in modo *bipartisan*. L'ampia condivisione è stata motivata dalla considerazione secondo cui tale progetto determinerà nella regione una riorganizzazione del sistema sanitario rispettosa della sanità pubblica regionale, ma integrata da elementi di eccellenza, sia dal punto di vista delle prestazioni sanitarie proprie, sia dal punto di vista della ricerca che si prevede di sviluppare in collaborazione con le Università regionali e con i centri di ricerca regionali già esistenti. Molti dei presenti hanno inoltre sottolineato la strategicità delle ipotesi di collaborazione futura tra regione Sardegna e Qatar Foundation, di cui la Presidenza del Consiglio si fa garante attraverso il proprio deciso patrocinio all'iniziativa.

In particolare, il Presidente PIGLIARU, ricostruendo storicamente l'evoluzione dell'accordo, ha innanzitutto precisato che l'intervento del Governo non ha inteso avocare parzialmente a sé la programmazione sanitaria di una regione e che quindi questo non sarebbe l'indizio di una sorta

di accentramento, nell'ambito delle prospettive di riforma del Titolo V della Costituzione. Ciò premesso, ha chiarito che il Governo è intervenuto su richiesta della regione Sardegna, la quale, nella consapevolezza che l'Italia è tra i Paesi occidentali quello che ha il più basso livello di investimenti esteri a causa dell'incertezza del diritto, della lentezza del sistema giudiziario, ma anche dell'incertezza nella risposta che normalmente viene data a una proposta di investimento, ha deciso di seguire un percorso con il preciso obiettivo di poter garantire ad un investitore estero serio una risposta in tempi rapidi e certi, firmando il protocollo il 16 maggio, cioè solo due settimane dopo la richiesta della Qatar Foundation, che aveva la possibilità di optare tra alternative diverse di investimento in Europa.

Ha poi chiarito che il protocollo definisce un percorso con vari *step* e una tempistica piuttosto certa, una *road map* all'interno della quale di primaria importanza è stata la richiesta avanzata da parte della regione Sardegna al Governo nazionale in merito alla programmazione dei posti letto e all'incremento della spesa ospedaliera, richiesta resasi necessaria in considerazione della tendenza – in tempi di *spending review* – a ridurre il numero dei posti letto e a ridimensionare le spese delle sanità regionali. Fino al momento della firma dell'accordo il Governo nazionale non ha svolto alcun ruolo né nella definizione dei tempi, né nella definizione dei passaggi, né nella definizione del testo sottoscritto. Il comunicato di Palazzo Chigi del 21 maggio sostanzialmente apprezza la richiesta della regione, riconoscendo il valore nazionale del progetto legato all'importanza dell'investimento estero, e si è impegnato ad offrire il pieno sostegno per favorire l'iniziativa della regione per la realizzarlo in collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù. Il Governo ha cioè assunto un ruolo di accompagnamento ad un investimento di interesse nazionale, che potrebbe replicarsi anche nel caso in cui altre regioni riusciranno ad attivarsi e ad attrarre, attraverso la propria qualità istituzionale, ulteriori investimenti.

Il Presidente Pigliaru ha poi ribadito che l'obiettivo alla base del progetto è quello di creare una proposta di un ospedale di alta qualità capace di migliorare l'offerta sanitaria regionale, completandola e integrandola, ma anche di parlare e attrarre pazienti dal resto d'Italia, cioè all'esterno del sistema regionale e dal resto dell'Europa. Nell'ambito dei posti letto riservati ai « solventi » è invece facilmente ipotizzabile un polo di attrazione dell'emigrazione sanitaria qatarina.

Le caratteristiche principali del progetto sono: Integrazione e ricerca. Per integrazione si intende un ospedale che sia complemento e non sostituzione di ciò che esiste nella regione e che si prefigga l'obiettivo di ridurre la migrazione passiva, molto elevata in Sardegna specialmente per quanto attiene alla migrazione pediatrica. Inoltre, il progetto si propone di incrementare la migrazione attiva, che invece è molto scarsa, attraendo pazienti dal resto d'Italia, d'Europa, in particolare con un'importante offerta di medicina sportiva.

Per quanto riguarda la seconda caratteristica fondamentale del progetto, ovvero la ricerca, il Presidente Pigliaru ha sottolineato come si sia voluto disegnare questo ospedale come una grande opportunità per la ricerca sanitaria per vari motivi. Innanzitutto perché si cercherà di ottenere la certificazione e la successiva qualificazione IRCCS e la certificazione della Joint Commission JCI, cardini fondamentali di una proposta di alta qualità scientifica, rivolta anche all'esterno del sistema regionale. La ricerca verrà svolta in sinergia tra i centri di ricerca regionali, l'università, il CRS4, e altri soggetti del sistema regionale della ricerca. Alla ricerca saranno poi destinati parte dei fondi gestiti a tale scopo dalla Qatar Foundation, pari a 6 miliardi di dollari all'anno, avendo la regione Sardegna ottenuto una riserva di almeno 10 milioni di euro l'anno a favore di progetti di ricerca che coinvolgono il nuovo ospedale.

Da ultimo, il Presidente Pigliaru ha auspicato che il nuovo ospedale possa rappresentare un volano per altri investi-

menti esteri di qualità, alcuni dei quali immediatamente legati alla Qatar Foundation, azionista importante di due multinazionali ben conosciute nell'ambito anche della ricerca sanitaria, come la Siemens e la General Electric.

L'Assessore per l'igiene e sanità e l'assistenza sociale della regione Sardegna, Luigi ARRU, ha definito più nel dettaglio l'offerta ospedaliera degli investitori, che hanno scelto come partner scientifico il Bambin Gesù, chiarendo che sono state identificate le specialità ritenute più utili per la zona della Gallura, ma che avessero comunque anche l'obiettivo di sviluppare un'opportunità scientifica assistenziale e di ricerca che andasse al di là dell'ambito puramente provinciale, estendendosi a tutto il bacino mediterraneo. In quest'ottica, in attesa anche delle dovute deroghe normative e al fine di evitare che l'introduzione del nuovo soggetto ospedaliero potesse determinare una distorsione della rete ospedaliera, la regione Sardegna ha chiesto una fase di avvio che partirà a marzo 2015 e che prevede 178 posti letto di cui 108 per acuti e 70 per post acuti accreditati. A regime in fase di consolidamento dell'offerta ospedaliera, si programma che la struttura disponga di 242 posti letto, di cui 142 per acuti e 100 per post acuti e ulteriori 50 posti letto per « solventi ».

Dopo aver evidenziato, quale aspetto qualificante, il necessario rapporto della Qatar Foundation Endowment con le Università sarde e con i centri di ricerca e sviluppo, CRS4 e CNR, già destinatari di finanziamenti stranieri legati ad alcune peculiarità, tra cui merita menzione il NHI che ha finanziato l'Ogliastra, area della Sardegna caratterizzata dalla presenza di una quarta fascia di popolazione ultracentenaria, della quale si stanno studiando la genetica, le abitudini comportamentali, lo stile di vita, l'Assessore Arru ha precisato che la ricerca avrà ad oggetto soprattutto lo studio delle principali malattie presenti in Sardegna, come le malattie autoimmuni, la sclerosi multipla e la sclerosi laterale amiotrofica, nonché il diabete mellito di tipo 1.

In considerazione di ciò, la regione (RAS) ha chiesto che un fondo di 10 milioni di euro possa essere utilizzato in *partnership* con le università sarde, per poter realizzare insieme progetti di ricerca di qualità. Per quanto attiene all'assistenza, tra le principali offerte della nuova struttura è stata identificata l'area della pediatria e della chirurgia pediatrica, coerente con l'esperienza del soggetto tecnico *partner* del progetto (Ospedale Bambin Gesù) e con gli stessi dati regionali sulla mobilità passiva specifica. Inoltre, per quanto riguarda la chirurgia si è tentato di privilegiare quelle specialità storicamente carenti nella Gallura e negli altri territori della Sardegna, quali l'oculistica, l'ortopedia, l'urologia e la chirurgia oncologica associata alla terapia intensiva, sia generale che terapia intensiva chirurgica e il *day-surgery*.

Un importante ruolo avrà anche l'attività ortopedica rivolta soprattutto alla medicina dello sport, alla riabilitazione e all'assistenza, la medicina internistica, con un'area cardiologica e una neurologica. Per quanto riguarda la Neurologia, è stata richiesta in via sperimentale da parte della Qatar Foundation e Bambin Gesù un'area chirurgica avanzata, con cardiocirurgia, neurochirurgia e chirurgia vascolare. È prevista inoltre una parte importante di recupero funzionale di neuro riabilitazione.

La regione auspica fortemente modelli gestionali innovativi per questo ospedale, che possano integrarsi con la realtà della restante offerta sanitaria presente in Sardegna, prefigurando nuove modalità di integrazione pubblico-privato mirate ad offrire una migliore assistenza e continuità al cittadino, con un sensibile sviluppo della ICT, Information Communication Technology, ovvero la telemedicina.

In conclusione, l'Assessore ha fornito dati sul volume massimo di risorse che la Sardegna può destinare alla medicina privata, pari a circa 90/100 milioni di euro – volume che risulta il più basso in tutto il territorio nazionale. Per questi motivi, la regione ha chiesto una deroga al tetto del budget finanziario destinato all'assistenza

privata accreditata che consenta di prevedere per la nuova struttura un tetto di spesa annua che si attesterebbe, a regime, sui 56 milioni di euro, da rimborsare in base a DRG debitamente fatturati e strettamente controllati dall'Assessorato regionale. Il dato è stato ribadito anche dal Presidente Pigliaru, il quale, oltre ad evidenziare come possa essere parzialmente compensato dalla riduzione della migrazione passiva e da altri fattori, ha anche segnalato che la stima del costo industriale dell'ospedale, fatta dalla Qatar Foundation, è di 70 milioni di euro/anno. Il delta tra costo di produzione e contributo massimo del sistema regionale è pertanto di circa 15 milioni e verrà coperto essenzialmente con i solventi.

È quindi intervenuto il Presidente della Commissione sanità del Consiglio regionale Raimondo PERRA, che in aggiunta a quanto espresso dal presidente Pigliaru e dall'assessore Arru, si è limitato sostanzialmente ad illustrare i lavori della Commissione in merito alla questione in oggetto, lavori che si sono conclusi in solo sette ore contrariamente alle previsioni iniziali, con una rapidità che denota una ampia assunzione di responsabilità da parte di tutti i componenti della Commissione, sia di maggioranza che di opposizione. La decisione di dare il via libera al progetto è stata assunta con grande lealtà e serietà, sia nella consapevolezza dell'importanza per la regione dell'impegno finanziario della Qatar Foundation Endowment anche per il futuro, sia in considerazione dell'impegno del Governo, in particolare del Ministro della salute, a derogare alla normativa vigente sul numero dei posti letto e sui tetti di spesa stabiliti per la Sardegna, consentendo così alle istituzioni regionali di poter assicurare che le altre strutture pubbliche e private non subiscano ripercussioni.

Successivamente, hanno preso la parola i componenti la delegazione parlamentare per rivolgere interrogativi e per svolgere considerazioni sulla questione in oggetto.

Personalmente, considerato che il Governo ha preso l'impegno a fare modifiche legislative alla legge n. 135 del 2012, ho

chiesto se la mancata approvazione di tali modifiche in tempi brevi possa rischiare di mettere in discussione l'intero protocollo di intesa raggiunto con la fondazione del Qatar.

La seconda domanda ha riguardato i costi dell'operazione, stimati intorno al miliardo di euro. Poiché « a spanne, » l'acquisto, il completamento e la dotazione tecnologica dell'ospedale dovrebbe costare tra 150 e i 200 milioni di euro, ho chiesto chiarimenti su come l'investitore pensi di recuperare gli altri 800 milioni di euro, auspicando che non si tratti dei 70 milioni di euro di costo di gestione per dieci anni che il Qatar recupererebbe attraverso l'accredimento con la Regione Sardegna e la solvenza. Ho inoltre domandato se vi siano altre prospettive di *partnership* strategiche che riguardano settori di economia dematerializzata, che renderebbero ancora più strategica la valenza dell'investimento e quindi ancora più giustificato l'intervento da parte del Governo.

La deputata BINETTI si è soffermata prevalentemente sul progetto scientifico e disegno strategico ipotizzato e sulle discipline specialistiche mediche e chirurgiche presenti in tale disegno. Scorrendo la lista delle specialità rispetto al numero dei posti letto, ha evidenziato una netta sproporzione, non potendo raggiungere tutte le specialità un elevato livello di eccellenza: andranno pertanto effettuate delle scelte.

In merito alla selezione del personale sanitario, l'onorevole Binetti ha fatto presente che un elevato livello di specialità di eccellenza richiede attenti e importanti meccanismi di selezione, mentre in riferimento ai modelli organizzativi, ha osservato che l'aver puntato solo su modelli « di tipo tecnologico », non può però far dimenticare che la vera forza innovativa è l'assetto assistenziale attento ai profili umani, correttamente orientati a far funzionare bene un ospedale.

Infine, dal punto di vista dei progetti di ricerca, ha ritenuto che la sinergia con il Bambin Gesù sia una garanzia altamente qualificante, osservando in proposito che se si sta immaginando di richiamare nella regione i molti ricercatori brillanti che

operano fuori del territorio regionale o nazionale, è opportuno pensarci tempestivamente.

Nel suo intervento, il deputato CAPELLI ha sottolineato l'importanza del monitoraggio che l'amministrazione pubblica regionale dovrà svolgere fin dalla fase iniziale, possibilmente a cadenza massima semestrale, anche per valutare le scelte di indirizzo effettuate dalla struttura ospedaliera a gestione privata. Ha ritenuto necessaria altresì – in considerazione delle tante aspettative che si stanno creando intorno al progetto – un'analisi sulle professionalità che verranno chiamate ad operare ma anche sulla struttura che, dal punto di vista alberghiero, dovrà comunque essere di buon livello. Ha quindi espresso perplessità sui numeri relativi ai tetti di spesa, ai valori della produzione, non essendo ancora noto il piano industriale presentato dagli investitori. Al riguardo ha osservato che l'investimento della Qatar Foundation appare sostanzialmente in pareggio per quanto riguarda la struttura del cosiddetto San Raffaele di Olbia, mentre per i costi di produzione ha evidenziato che le valutazioni giornalistiche non corrispondono ai valori normali e fisiologici della gestione di una struttura sanitaria. Apprezzando quindi il modello e i tempi seguiti per l'approvazione del progetto, ha sottolineato che tale modello sarebbe da replicare anche con gli investitori nazionali (non solo con quelli stranieri), e magari anche per gli investitori locali che meriterebbero almeno pari dignità ed attenzione. Il deputato Capelli ha poi chiesto chiarimenti sugli impegni assunti dal Governo a presentare una proposta di modifica alla normativa vigente, nel caso specifico al DL 95/2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012, sui posti letto sia sul tetto di spesa, non essendo ancora note né presentate al Parlamento proposte in tale direzione. Il Parlamento pertanto avrà il compito di valutare la proposta normativa di modifica, eventualmente sollecitandone la presentazione alle Camere, essendo questo un tassello fondamentale ancora mancante. Infine, certo che si tratti di un investimento per la

sanità sarda, ha auspicato che con pari impegno sia garantita, migliorata e sostenuta la sanità pubblica della regione. Ha da ultimo chiesto come mai i rappresentanti della Qatar Foundation abbiano scelto la Sardegna, posto che purtroppo di ospedali pronti e non utilizzati in Italia ce ne sono diversi e facilmente recuperabili.

È quindi intervenuto il deputato BARONI, il quale, dopo aver condiviso le perplessità espresse dal collega Capelli, ha illustrato una interrogazione presentata dal suo gruppo alla Camera e rivolta alla Presidenza del Consiglio per chiedere tra l'altro quali procedure siano state seguite per derogare al taglio dei posti letto nel territorio dell'isola e se si sia tenuto conto della sovrapposizione delle specialità con altri ospedali sardi, che altrimenti sarebbero costretti alla chiusura come per esempio lo storico ospedale Microcitemico di Cagliari, ma anche se il Governo intenda assumere per quanto di competenza iniziative a tutela dei livelli occupazionali in ambito sanitario, anche facendo sì che l'eventuale attivazione di queste strutture si traduca in opportunità occupazionali, in primo luogo per il personale sanitario della Sardegna. Ha infine evidenziato il rischio che questo ambizioso progetto possa non essere coerente con l'attuale tendenza della sanità italiana ad andare verso un futuro legato alla discontinuità rispetto a politiche ospedalocentriche, puntando invece alla valorizzazione della gestione ambulatoriale e territoriale.

La deputata LENZI, dopo aver premesso che la nascita di un nuovo buon ospedale può convivere con l'esigenza di un potenziamento della medicina nel territorio e delle case della salute purché la nuova struttura venga inserita adeguatamente nella realtà sanitaria della regione, ha innanzitutto chiesto un chiarimento su come sia nata l'idea di costruire il nuovo ospedale San Raffaele. Nonostante la vivacità del conflitto tra il livello nazionale e il livello regionale, ha fatto presente che in questo caso sembra essersi raggiunto un buon equilibrio tra l'intervento nazionale e la programmazione regionale. Condividendo inoltre quanto sostenuto dai depu-

tati Binetti e Baroni a proposito dell'auspicio che questo progetto possa rappresentare una opportunità di impiego di personale sanitario sardo e garantire l'assorbimento di una certa quota di lavoratori della regione, ha richiamato l'attenzione sulla necessità che il tema dell'occupazione vada tenuto ben presente nell'andamento delle trattative e dell'attuazione operativa del progetto.

Il deputato NIZZI ha quindi espresso grande apprezzamento per il fatto che finalmente in Sardegna si sia riusciti ad andare incontro alle richieste della popolazione e di questo ringrazia il presidente Pigliaru, l'assessore regionale, il Presidente del Consiglio e il Presidente della Commissione, che hanno lavorato per giungere in tempi brevi all'approvazione unanime della delibera. Il miliardo e duecento milioni in dieci anni di investimenti del privato rappresentano a suo giudizio risorse davvero necessarie in questo momento di grande crisi economica. Per quanto riguarda il tema della ricerca scientifica, il rapporto con il comitato tecnico scientifico del Bambin Gesù non va messo in discussione. Inoltre, poiché l'ospedale e il servizio è totalmente a carico della Qatar Foundation, sottolinea come tale opportunità di confronto rappresenti un'occasione storica non solo per la Gallura ma per la Sardegna tutta. Ricorda, infine, di aver personalmente collaborato con il San Raffaele negli studi epidemiologici effettuati per sapere quali fossero le necessità del territorio e per questo le specialità selezionate soddisfano pienamente le esigenze della popolazione.

Alle considerazioni avanzate dalla delegazione parlamentare ha replicato il Presidente della Regione Sardegna, prof. PIGLIARU, evidenziando innanzitutto il lavoro comune condotto da maggioranza e opposizione, che viene considerato un importante risultato politico. In secondo luogo, sulla richiesta di dati finanziari, ha precisato che la Qatar Foundation ha sottoscritto un impegno di circa 1 miliardo di euro in dieci anni, suddiviso tra costi fissi e costi operativi. I primi si attestano sui 163 milioni di euro, destinati a cre-

scere perché l'immobile non è stato ancora acquisito, mentre i costi variabili o operativi sono costi sull'impegno finanziario sottoscritto in un documento di pre-intesa pari a 70 milioni l'anno, di cui 10 milioni di euro all'anno riservati ai progetti di ricerca. Quindi nella stima dei costi pari a un miliardo, figurano anche i costi operativi per dieci anni. Quanto ai ricavi derivanti dalla produzione dei servizi – stimati in 55 milioni di euro – essi vanno considerati come ricavi attesi massimi. Da questi numeri emerge, ad avviso del Presidente Pigliaru, un rischio di impresa su 10 anni pari ad almeno 150 milioni di euro per i costi operativi, più naturalmente i circa 170 milioni di euro di costi fissi.

Alla domanda sulle conseguenze di una mancata approvazione di una modifica normativa in deroga alla legislazione vigente in materia di posti letto e tetto di spesa, il Presidente Pigliaru ha evidenziato che non dovrebbe sussistere alcun problema considerato il preciso impegno assunto in tal senso dal Ministro della salute e dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, il quale avrebbe fatto riferimento ad un provvedimento d'urgenza in materia di infrastrutture, in preparazione per il mese di luglio.

Sulla questione di eventuali altri investimenti immateriali, il presidente Pigliaru si è dichiarato certo che altre aziende presenti in Sardegna, come per esempio Amazon o altre multinazionali, potrebbero essere interessate ad un percorso di questo tipo. Poiché si sta sperimentando un nuovo metodo, qualunque imprenditore serio, da qualunque paese provenga, sarà il benvenuto.

Sulla questione della esigenza prospettata da più parti di mantenere comunque alto il livello della sanità pubblica, il Presidente ha ricordato la firma dell'Accordo di programma quadro (APQ) sanità, che prevede 300 milioni di euro per la sanità pubblica, e ha altresì preannunciato la presentazione da parte dell'assessore di una proposta sulla rete ospedaliera basata su ospedali di eccellenza. Ciò a dimostrazione della indiscussa complementarietà

del nuovo ospedale rispetto alla sanità pubblica della regione, che semmai è a rischio per il *deficit* in continua crescita.

In relazione all'impatto sull'occupazione in Sardegna di questo ospedale, il Presidente ha assicurato che a livello di negoziato con la Qatar Foundation, la stessa ha manifestato l'intenzione di lavorare in quella direzione. Da parte della regione si farà ricorso ad una politica simile a « Garanzia giovani », non solo orientando la formazione professionale principalmente nei livelli meno qualificati ma anche attraverso forme di tipo « *Master and back* », finalizzate a creare i percorsi per far tornare in Sardegna i migliori giovani che hanno fatto esperienze di lavoro all'estero di altissimo livello.

Ha quindi replicato brevemente l'Assessore Luigi ARRU, chiarendo le ragioni alla base delle scelte operate riguardo alle aree specialistiche individuate dal progetto. In particolare, ha tenuto a precisare che l'elenco riguarda i settori in cui le eccellenze sarde già stanno effettuando attività di ricerca, come nel caso dell'invecchiamento della popolazione o delle malattie pediatriche, della talassemia e delle altre malattie genetiche, su cui è stato particolarmente attivo l'ospedale Microcitemico, da valorizzare per la storia prestigiosa che ha avuto negli anni e che non dovrà subire ripercussioni negative per l'ingresso di questa nuova realtà ospedaliera.

Gli appuntamenti fissati per la giornata di venerdì si sono conclusi con l'incontro della delegazione parlamentare con due rappresentanti dell'Università degli studi di Cagliari, il Magnifico Rettore, il professor MELIS, e il Prorettore, il professor Ucheddu, ai quali è stato chiesto non solo di effettuare una valutazione sulla straordinarietà del progetto in particolare per quanto concerne gli sviluppi sul settore della ricerca, rappresentato in Sardegna dalle due Università di Cagliari e di Sassari, ma anche di informare la delegazione medesima sulle relazioni intrattenute con il Governo regionale nella conduzione delle trattative e sulle aspettative dell'investimento in oggetto.

Il Rettore dell'Università di Cagliari, prof. MELIS, ha innanzitutto espresso l'apprezzamento dell'Ateneo per tale intervento straordinario, di natura privata ma con sostegno pubblico, che propone di fornire servizi sanitari di eccellenza, e soprattutto per il fatto che sul progetto di ricerca l'Ateneo sia stato chiamato a collaborare, con un suo rappresentante nel comitato scientifico, al fine di individuare i settori di ricerca finalizzati.

Più nello specifico, sulla questione sanitaria, l'Ateneo, pur apprezzando l'immediatezza della risposta data dall'amministrazione regionale – cosa non usuale per la Sardegna –, ha sottolineato che, come amministrazione universitaria, avrebbe gradito che lo stesse velocità e attenzione fossero state rivolte alle aziende ospedaliere universitarie sia di Cagliari che di Sassari, prive dal 2007 dell'atto aziendale, ad oggi non ancora approvato dalla Giunta regionale. Tale assenza crea grandi difficoltà, soprattutto a Cagliari, nella realizzazione del processo di riorganizzazione complessiva del sistema sanitario universitario, finanziato tra l'altro con 40 milioni di euro di fondi FAS-CIPE, con il quale si intende riconvertire le cliniche del centro storico e di spostarle tutte nel nuovo ospedale nella cittadella universitaria, che diventerebbe un ospedale universitario completo. Purtroppo questo processo va molto a rilento e lo stesso progetto edilizio rimarrà fermo fino a che la Regione non decide sull'atto aziendale.

Il Rettore, in rappresentanza di una università che non ha difficoltà a competere con i centri d'eccellenza, essendo l'unica struttura pubblica in Italia che finanzia pressoché interamente la ricerca e la didattica, ha quindi espresso l'auspicio di poter usufruire di opportunità pari a quelle offerte alla nuova struttura, ovvero di poter contare su un finanziamento basato sui DRG, che tenga però in considerazione la specificità delle contemporanee incombenze di istituto relative alla didattica, alla ricerca e alla formazione.

Infine, il Magnifico Rettore, dopo aver evidenziato che il tasso dei laureati in Sardegna è molto basso e che la capacità

di assorbirli nel mondo del lavoro è ancora più bassa tanto che la Sardegna non riesce neanche a collocare gli studenti più meritevoli costretti a migrare all'estero, ha auspicato che questo intervento consenta di accogliere tanti giovani bravi soprattutto nell'area della biomedicina.

Sono quindi intervenuti, ponendo diversi interrogativi, i deputati Paola BINETTI, che ha centrato il suo intervento sulla necessità che il progetto, grazie al ruolo di interlocutore delle università, debba puntare molto sui diversi profili professionali che escono dalla facoltà di medicina, dai ruoli apicali ai giovani medici, ai giovani specializzandi, agli infermieri, ai tecnici di laboratorio, e Roberto CAPELLI, il quale ha chiesto se ci siano state interlocuzioni tra i rappresentanti delle università sarde e la Qatar Foundation, atteso che una parte della delibera riguarda l'attivazione di accordi di collaborazione con le università sarde e con i centri di ricerca del sistema regionale, anche per sapere se vi sia stato, anche solo a livello informale, un rapporto diretto con le università medesime o anche un loro coinvolgimento da parte della Regione nella valutazione del protocollo d'intesa e degli atti che hanno poi costituito parte fondante per la delibera.

Anche la senatrice Manuela SERRA ha domandato, analogamente a molti cittadini della sua regione, come mai questo investimento non sia stato fatto a favore di quelle strutture che già svolgono attività di ricerca ad alto livello in Sardegna, come il Microcitemico o l'ospedale oncologico o le aziende delle Università di Sassari e Cagliari, che attendono dal 2007 la definizione dell'atto aziendale.

Infine, ho personalmente chiesto ai rappresentanti dell'Università di Cagliari chiarimenti sul fatto che la questione sia stata rappresentata – anche grazie al coinvolgimento diretto del presidente Renzi – come opportunità straordinaria di cambiamento della cultura sanitaria, ma anche come una sfida sulla ICT, una sfida sulla ricerca e sull'innovazione, una competizione culturale con una valenza che deve andare per forza al di là dei 290 posti

letto a regime nell'ospedale. Sul tema della ricerca, ho fatto presente che la ricerca sulle malattie degenerative, la genetica applicata alla medicina predittiva e all'invecchiamento della popolazione, gli studi sul diabete, non può certo essere isolata dal contesto del mondo scientifico e della ricerca sarda, perché tale separazione contrasterebbe con la straordinarietà dell'azione messa in campo dalla Presidenza del Consiglio. Pertanto, ho domandato al Rettore quali siano le aspettative dell'Ateneo in termini di rapporti con l'ex San Raffaele e con la Giunta regionale, affinché il Parlamento sia messo nelle condizioni di assumere iniziative che aiutino questo progetto a rappresentare una vera spinta per tutta la comunità sarda, con in testa il mondo dell'Università di Cagliari e di Sassari.

Il Magnifico Rettore dell'Università di Cagliari, prof. MELIS, ha innanzitutto precisato che il quadro conoscitivo di questa operazione è limitato a quanto scritto nella delibera della Giunta regionale. Al di là di ciò, rispondendo all'onorevole Capelli, ha evidenziato che l'Ateneo di Cagliari è stato coinvolto quando gli è stata chiesta la disponibilità a partecipare, con la nomina di un docente, alla commissione scientifica che doveva individuare la prima programmazione dei settori di ricerca, richiesta che è stata molto apprezzata.

Tuttavia, l'Ateneo non ha ritenuto tale richiesta un fatto straordinario, anche perché l'Università, dotata di un proprio centro di ricerca, entra sovente in grossi progetti internazionali di ricerca, mentre quello che può essere considerato straordinario è il fatto che un grosso gruppo faccia un investimento di tali dimensioni nel territorio sardo, dove non è facile trovare aziende disponibili ad investire se non con logiche palesemente speculative. A prescindere da questo, c'è comunque un ritorno di tipo scientifico, innovativo, culturale, di tipo anche assistenziale, servizi migliori e così via. Inoltre, l'impulso alla concorrenzialità nel settore della sanità e dell'innovazione è sicuramente positivo. Precisa quindi che l'Ateneo non ha avuto nessuno scambio col Qatar né col Bambin

Gesù. Alla domanda della senatrice Serra sulle ragioni per cui il Qatar abbia scelto proprio la Sardegna, il Prof. Melis ha osservato che a suo avviso è questo un modo per accreditarsi nel territorio, per fare un investimento a minor rischio di altri, proprio per la presenza dell'intervento pubblico, ma soprattutto un progetto che prelude ad interventi più generali da effettuare in Sardegna.

Per quanto riguarda i quesiti sulla ricerca scientifica, ha osservato che l'Ateneo opera già in sinergia con altre realtà sarde come il Microcitemico e pertanto su determinate malattie non si potrà prescindere dalle Università di Cagliari e di Sassari. Peraltro, ove si riuscisse a fare dell'ospedale di Olbia un IRCCS, sul piano della formazione specialistica l'Università di Cagliari è pronta a fornire la sua collaborazione.

Sulle mie considerazioni relative alla straordinarietà dell'intervento, ha rilevato come sarebbe tanto più straordinario, in termini negativi, il fatto che la Regione e le Università sarde non volessero contribuire al successo dell'iniziativa. Ciò non significa che non sia necessario conoscere il piano industriale e vigilare bene sull'andamento dell'intervento, augurandosi, infine, che l'Amministrazione regionale svolga un efficace ruolo di coordinamento, anche al fine di consentire alle Università sarde di collaborare alla realizzazione del progetto.

Gli incontri sono terminati con una mia breve considerazione conclusiva, relativa al quadro rassicurante emerso dal dibattito che ha fugato le preoccupazioni avanzate da qualche parte, anche considerato che la Giunta regionale appare orientata a usare metodi simili anche per altre attività di impresa e a creare tutte le sinergie indispensabili tra i nuovi investitori e chi, come le due Università, ha in Sardegna responsabilità non transitorie, né passeggera.

La delegazione, nella giornata successiva di venerdì 4 luglio, si è recata ad Olbia, dove in primo luogo ha visitato il cantiere della struttura dell'ex Ospedale San Raffaele, accompagnati da un mem-

bro del collegio dei liquidatori giudiziali della Fondazione Centro san Raffaele del Monte Tabor, il quale nel mostrare alla delegazione la parte della struttura quasi completata ha illustrato il ruolo del collegio dei liquidatori nella vicenda in oggetto e lo stato delle trattative, non ancora concluse, con la Qatar Foundation Endowment.

Successivamente, la delegazione si è recata presso la Sala Convegni del Museo Archeologico di Olbia dove ha incontrato il Dottor Lucio Rispo, *investment project manager*, responsabile per l'Italia della Qatar Foundation Endowment e i responsabili del progetto per l'Ospedale Bambin Gesù, dott.ssa Maria Osti, dott. Alessandro Salvatore Cristaldi e dott. Fabrizio Mastrilli.

Il dottor Rispo ha illustrato alla delegazione le funzioni e le attività svolte in generale dalla Qatar Foundation Endowment (una organizzazione privata non-profit che opera in diverse aree di *core mission*, ovvero l'istruzione, la ricerca scientifica, la salute, l'energia, l'ambiente e le telecomunicazioni), i rapporti di collaborazione che intrattiene con le maggiori Università americane. Si è quindi soffermato più in particolare sul progetto relativo all'acquisizione e al rilancio dell'Ospedale San Raffaele di Olbia e sulle ragioni della scelta di consulenza strategica del Bambin Gesù, che rappresenta una eccellenza in Europa, quale partner scientifico del progetto, nonché su come si è sviluppato a partire dal 2012 il rapporto con il Governo italiano, rappresentato allora dal sottosegretario agli Affari esteri, on. Mario Giro, che ha seguito il progetto fin dall'inizio.

Dopo l'intervento del dottor Lucio Rispo, i tre responsabili del progetto per l'Ospedale Bambin Gesù, dott.ssa Maria Osti, dott. Alessandro Salvatore Cristaldi e dott. Fabrizio Mastrilli, hanno fornito elementi di dettaglio sul ruolo svolto dal Bambin Gesù sino ad oggi e sulle prospettive di futura *partnership* scientifica.

Infine, la delegazione ha avuto uno scambio di idee con il Sindaco di Olbia, dott. Gianni Giovannelli, con i sindaci

presidenti dei comitati di distretto della Asl di Olbia, Romeo Frediani e Antonio Satta, con il direttore generale ASL di Olbia, dott. Giovanni Antonio Fadda, e con il Rettore dell'Università di Sassari prof. Attilio Mastino, accompagnato da rappresentanti del mondo scientifico e della ricerca dell'Università di Sassari, che hanno fornito ciascuno per quanto di competenza elementi conoscitivi utili alla delegazione parlamentare.

In conclusione, possiamo affermare che la missione della XII Commissione ha permesso di accertare che il Governo ha

trattato questo investimento in modo straordinario, prendendo addirittura l'impegno di modificare la normativa vigente in materia di posti letto e di tetti di spesa sanitaria pur di renderlo possibile. La delegazione ha dunque compreso che la straordinarietà dell'investimento non risiede tanto nell'entità dell'investimento medesimo, quanto nella sfida culturale del cambiamento dello sviluppo economico della regione Sardegna e, in prospettiva, nella capacità di attrarre nuovi investimenti e di creare nuove opportunità in molteplici filiere dell'economia regionale.