

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto ministeriale concernente l'approvazione delle nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti. Atto n. 507 (*Esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio*) 120

INTERROGAZIONI:

5-06038 Farina Coscioni: Truffa ai danni del servizio sanitario nazionale e mancato rispetto della deontologia professionale ad opera di farmacisti 122

ALLEGATO 1 (Testo della risposta) 137

5-06690 Mancuso: Crediti ECM (educazione continua in medicina) 122

ALLEGATO 2 (Testo della risposta) 139

5-07518 Farina Coscioni: Decesso di un uomo nella sala di attesa del reparto di cardiologia dell'ospedale di Verona 123

ALLEGATO 3 (Testo della risposta) 140

SEDE CONSULTIVA:

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013). C. 5534-*bis* Governo.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015. C. 5535 Governo.

Tabella n. 2: Stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015 (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 4: Stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015 (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 14: Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015 (Relazioni alla V Commissione) (*Esame congiunto e rinvio*) 123

AVVERTENZA 136

ATTI DEL GOVERNO

Martedì 23 ottobre 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 15.05.

Schema di decreto ministeriale concernente l'approvazione delle nuove tabelle indicative delle percen-

tuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti.

Atto n. 507.

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

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

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che la Commissione è chiamata ad

esprimere entro il 29 ottobre 2012 il parere di competenza al Governo sullo schema di decreto ministeriale concernente l'approvazione delle nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti (Atto n. 507).

Dà, quindi, la parola al relatore, onorevole Mosella, per lo svolgimento della sua relazione.

Donato Renato MOSELLA (Misto-ApI), relatore, fa presente che lo schema di decreto ministeriale in titolo è stato predisposto in attuazione dell'articolo 20, comma 6, del decreto-legge n. 78 del 1° luglio 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che ha previsto, tra le iniziative volte a contrastare le frodi in materia di invalidità civile, che la revisione delle percentuali di invalidità civile venisse effettuata sulla base dei lavori di una Commissione istituita presso il Ministero della salute cui è stato attribuito il compito specifico di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali di invalidità civile, attualmente contenute nella tabella allegata al decreto del Ministro della sanità il 5 febbraio 1992.

Osserva, poi, che il 24 novembre 2011 la predetta Commissione, composta da rappresentanti dell'amministrazione centrale e delle regioni, ha approvato le nuove tabelle indicative delle percentuali di menomazione e di malattie invalidanti.

Rileva, quindi, che il ministro della salute, nel trasmettere al Presidente della Camera lo schema di decreto in esame, ha precisato che, pur non essendoci obbligo di legge, tale schema è stato sottoposto al parere della Conferenza Stato-regioni il 26 settembre 2012 e che la Conferenza alla fine non si è espressa nel merito, formulando un parere negativo motivato da ragioni di metodo riconducibili sostanzialmente alla richiesta – respinta dal ministro – di disporre di più tempo per procedere agli opportuni approfondimenti.

La suddetta Commissione, che ha operato da maggio 2010 a novembre 2011, era composta da esperti nominati dal

Ministero della salute, dall'Inps, dal Ministero dell'economia, dalla Conferenza Stato-regioni e dalla SIMLA (Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni). La Commissione ha preliminarmente aggiornato tutte le voci nosografiche (ossia che descrivono le varie malattie), basandosi sulle attuali risultanze della scienza ed inserendo nelle tabelle quadri patologici che nel 1992 non erano stati compresi, quali ad esempio le malattie rare. Si è poi proceduto ad aggiornare la metodologia di valutazione e, conseguentemente, dei valori percentuali di invalidità. Per fare questo la Commissione si è rivolta a varie società scientifiche italiane.

Fa presente, poi, che sulla base di questo lavoro, la Commissione ha elaborato la nuova tabella che presenta una prima parte descrittiva del contenuto e dei criteri di utilizzo, sulla base delle norme esistenti (*in primis*, del decreto legislativo 509 del 1988), che sono servite alla Commissione per elaborare i vari capitoli. In pratica, la tabella è costituita da una prima parte che illustra i criteri cui attersi per l'applicazione della stessa tabella, e da una seconda articolata in capitoli, distinti a seconda dei raggruppamenti patologici, a loro volta sono divisi in due parti: una prima che descrive i criteri per la valutazione dei deficit funzionali ed una seconda dove vengono riportate le singole patologie, ordinate in base alla Classificazione internazionale delle malattie (ICD9 CM) dell'Organizzazione mondiale della sanità, con eventuali indicazioni delle classi funzionali e con i relativi valori espressi in percentuale.

La Commissione ha ritenuto che questa impostazione consenta di richiamare l'attenzione delle commissioni che dovranno accertare le invalidità sull'importanza di verificare la correttezza e l'appropriatezza scientifica delle documentazioni che verranno presentate all'atto della richiesta di invalidità. Questa valutazione è assolutamente preventiva rispetto all'individuazione dei valori percentuali d'invalidità. Si

richiede, di fatto, un controllo più rigoroso nella concessione delle invalidità. La nuova tabella non comporta oneri per la finanza pubblica, come disposto dal decreto-legge n. 78 del 2009.

Osserva, poi, che il testo dello schema di decreto all'articolo 1, comma 1, approva le nuove tabelle; al comma 2, ricorda che le tabelle che stabiliscono la percentuale di invalidità sono allegate al decreto stesso e ne fanno parte integrante. All'articolo 2, comma 1, viene stabilito che le nuove tabelle sostituiscono le precedenti del 1992 e successive; al comma 2 si precisa che, con un successivo accordo in Conferenza Stato-regioni (ai sensi dell'articolo 4 decreto legislativo n. 281 del 1997), sono definiti gli indirizzi applicativi delle nuove tabelle, in modo da garantirne l'omogeneità di applicazione su tutto il territorio nazionale, pur tenendo conto dell'individualità dei singoli trattamenti. Infine, il comma 3 ribadisce che l'applicazione del decreto non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Si riserva, in conclusione, di formulare una proposta di parere al termine del dibattito.

Anna Margherita MIOTTO (PD), in considerazione della rilevanza che assume lo schema di decreto ministeriale in oggetto, specialmente per le ricadute di natura sociale che esso può avere, chiede se sia possibile acquisire dal Governo dati ed elementi che consentano di comprendere quali siano le principali novità intervenute rispetto alla precedente tabella concernente le percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, assicura all'onorevole Miotto che si farà carico di rappresentare al Governo la richiesta da lei formulata. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.15.

INTERROGAZIONI

Martedì 23 ottobre 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO, indi del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 15.15.

5-06038 Farina Coscioni: Truffa ai danni del servizio sanitario nazionale e mancato rispetto della deontologia professionale ad opera di farmacisti.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*) aggiungendo a margine del proprio intervento che, nonostante le misure predisposte dal Governo e ricordate nella risposta, non si riescono comunque a scongiurare in modo assoluto le truffe a carico del Servizio sanitario nazionale.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta fornita dal rappresentante del Governo. A questo proposito, evidenzia come, a suo avviso, non sia sufficientemente chiaro l'orientamento del Governo in questa materia.

Rileva inoltre che nella risposta sono state citate diverse norme, ma è mancato l'approfondimento richiesto attraverso i quesiti posti dall'interrogazione in titolo.

5-06690 Mancuso: Crediti ECM (educazione continua in medicina).

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta fornita dal sottosegretario Cardinale.

5-07518 Farina Coscioni: Decesso di un uomo nella sala di attesa del reparto di cardiologia dell'ospedale di Verona.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta degli elementi forniti dalla risposta.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 15.30.

SEDE CONSULTIVA

Martedì 23 ottobre 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 15.30.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013). C. 5534-bis Governo.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015. C. 5535 Governo.

Tabella n. 2: Stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015 (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 4: Stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015 (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 14: Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015.

(Relazioni alla V Commissione).

(*Esame congiunto e rinvio*).

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

Gero GRASSI, *presidente*, fa presente che la Commissione è chiamata oggi ad esaminare i disegni di legge recanti « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013) » (C. 5534-bis Governo) e « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2012-2015 » (C. 5535 Governo), ai sensi dell'articolo 120, comma 3, del Regolamento, per le parti di propria competenza.

In particolare, per quanto riguarda il disegno di legge di bilancio, la Commissione esaminerà lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (Tabella n. 2) (limitatamente alle parti di competenza), nonché lo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Tabella n. 4) (limitatamente alle parti di competenza) e, ovviamente, lo stato di previsione del Ministero della salute (Tabella n. 14).

L'esame si concluderà con la trasmissione alla Commissione bilancio, entro la giornata di giovedì 25 ottobre, di una relazione per ciascuno degli stati di previsione esaminati e delle connesse parti del disegno di legge di stabilità, e con la nomina di un relatore, il quale potrà partecipare alle sedute di quella Commissione. La Commissione potrà esaminare inoltre gli eventuali emendamenti riferiti alle parti di sua competenza.

Per quanto riguarda gli emendamenti al disegno di legge di bilancio, ai sensi dell'articolo 121, comma 1, del Regolamento, ricorda che gli emendamenti proponenti variazioni compensative all'interno dei singoli stati di previsione devono essere presentati presso le Commissioni in sede consultiva. Gli emendamenti approvati saranno inseriti nella relazione della

Commissione, mentre gli emendamenti respinti potranno essere successivamente ripresentati, ai sensi dell'articolo 121, comma 4, del Regolamento, nel corso dell'esame in Assemblea. Potranno inoltre essere presentati e votati in Commissione – seguendo le specifiche regole di ammissibilità – anche emendamenti concernenti variazioni non compensative ovvero variazioni compensate non all'interno del medesimo stato di previsione. Anche tali emendamenti, ove approvati, saranno inseriti nella relazione della Commissione. Nel caso in cui tali ultimi emendamenti fossero respinti, è invece necessario che gli stessi vengano ripresentati alla Commissione bilancio, anche al solo fine di consentire a quest'ultima di respingerli ai fini della ripresentazione in Assemblea.

Analoghe regole di esame si applicano anche agli eventuali emendamenti riferiti alle parti di competenza della Commissione del disegno di legge di stabilità. Nelle Commissioni in sede consultiva potranno dunque essere presentati e votati emendamenti per le parti del disegno di legge di stabilità di rispettiva competenza. Tali emendamenti, ove approvati, saranno inseriti nella relazione della Commissione; ove respinti, è invece necessario che gli stessi vengano ripresentati alla Commissione bilancio. Peraltro, anche in questo caso, è comunque ammissibile la presentazione degli emendamenti direttamente in Commissione bilancio.

La valutazione circa l'ammissibilità degli emendamenti presentati nell'ambito dell'esame in sede consultiva sarà effettuata dal presidente della Commissione prima che gli stessi vengano esaminati e votati, secondo le previsioni del Regolamento della Camera e della legislazione vigente in materia.

Con riferimento alla presentazione degli ordini del giorno, ricorda che presso le Commissioni di settore devono essere presentati tutti gli ordini del giorno riferiti alle parti di rispettiva competenza del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge di stabilità. Gli ordini del giorno concernenti l'indirizzo globale della politica economica devono invece essere pre-

sentati direttamente in Assemblea; gli ordini del giorno respinti dalle Commissioni di settore o non accolti dal Governo possono essere ripresentati in Assemblea.

Infine, rammenta che nella scorsa riunione dell'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi si è convenuto di concludere il dibattito di carattere generale nella giornata di domani e di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti ai documenti di bilancio a mercoledì alle ore 15. Gli emendamenti saranno quindi esaminati e votati nella giornata di giovedì 25 e successivamente, nella medesima giornata, si passerà alla votazione delle relazioni.

Paola BINETTI (UdCpTP), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alla V Commissione il parere di competenza sui disegni di legge n. 5534-*bis* (legge di stabilità 2013) e n. 5535 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015), con le relative tabelle n. 2, n. 4 e n. 14.

Come evidenziato nella Relazione illustrativa, il disegno di legge di bilancio per il 2013 è coerente con lo scenario macroeconomico illustrato nella Nota di aggiornamento del DEF, presentata a settembre 2012, e si colloca in un percorso di progressivo risanamento dei conti pubblici che prevede il raggiungimento del pareggio strutturale del conto delle amministrazioni pubbliche nel 2013.

Esso è predisposto secondo il criterio della legislazione vigente e include gli effetti finanziari delle misure adottate nel corso di questi ultimi anni, comprese le misure in materia di *spending review* determinate con il decreto-legge n. 95 del luglio 2012 (fatta eccezione per le riduzioni di spesa dei Ministeri basate sulle apposite proposte dei responsabili dei dicasteri stessi, che verranno invece disposte con la legge di stabilità), nonché delle rimodulazioni proposte dalle Amministrazioni sulla base dei criteri di flessibilità previsti dalla normativa vigente.

Rileva che nel disegno di legge di bilancio per il 2013 è presente, in allegato

a ciascuno stato di previsione della spesa, l'Allegato 1 « Prospetto delle autorizzazioni di spesa per programmi », che espone le autorizzazioni di spesa di ciascuno Ministero che sono state rimodulate dal disegno di legge di bilancio. Non sono comprese nella previsione a legislazione vigente le riduzioni di spesa dei Ministeri (pari a 1.777,3 milioni di euro nel 2013, a 1.574,5 milioni nel 2014 e a 1.649,5 milioni nel 2015) disposte dallo stesso decreto-legge n. 95 del 2012 e da realizzare, ai sensi dell'articolo 7, comma 12, con la legge di stabilità 2013, sulla base delle proposte formulate da ciascuna amministrazione. Tali riduzioni saranno recepite in bilancio con l'apposita nota di variazioni.

Per quanto concerne i settori di interesse della XII Commissione, segnala che nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Tabella n. 4) le principali Missioni riguardanti il settore delle politiche sociali sono: « Diritti sociali, politiche sociali e famiglia » (24) e « Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti » (27).

Di particolare interesse è la Missione 24, nella quale si affrontano problemi che rappresentano il cuore stesso delle politiche sociali. Concretamente, all'interno del Programma 24.2 « Terzo settore: associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali », della Missione 24 « Diritti sociali, politiche sociali e famiglia », segnala che il capitolo 5203 « Spese per il funzionamento degli Osservatori nazionali per il volontariato e l'associazionismo » risulta rimodulabile, la previsione risultante per il 2013 pari a 0,15 mln di euro, viene azzerata negli anni successivi in seguito alle previsioni contenute nel decreto-legge n. 95 del 2012. I capitoli 5242 « Fondo per il volontariato e contributi alle associazioni sociali » e 5246 « Fondo per l'associazionismo sociale », entrambi spese rimodulabili, sono finanziati a valere sul FNPS (Fondo nazionale politiche sociali). Il capitolo 5243, rimodulabile, « Quota del cinque per mille da assegnare agli enti per il volontariato, associazioni di promozione sociale ed *onlus* », varia annualmente.

Sempre all'interno della stessa Missione, Programma 24.12 « Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, promozione e programmazione politiche sociali, monitoraggio e valutazione interventi », si evidenzia che rispetto alla previsione assestata 2012 pari a 25.554,87 mln di euro, presenta un aumento di 624,15 mln di euro, per una previsione 2013 pari a 26.179,03 mln di euro. Inoltre, è prevista una spesa pari a 26.680,45 mln di euro per il 2014 e di 27.230,76 mln per il 2015.

All'interno del programma 24.12 sono compresi i capitoli in cui sono allocati gli oneri relativi ai diritti soggettivi in precedenza allocati nel FNPS (Fondo nazionale politiche sociali) e ora finanziati tramite i capitoli di spese obbligatorie iscritti nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali: il capitolo 3534 « Assegni di maternità » (232,2 mln euro per ciascuno degli anni 2013/2014/2015); il capitolo 3535 « Assegno ai nuclei familiari » (307,6 mln euro per ciascuno degli anni 2013/2014/2015); il capitolo 3532 « Contribuzione figurativa genitori e familiari di persone handicappate » (536,4 mln euro per ciascuno degli anni 2013/2014/2015), che reca un incremento, per il 2013 pari a 25,5 mln di euro e il capitolo 3537 « Lavoratori affetti da talassemia » (4,8 mln euro per ciascuno degli anni 2013/2014/2015).

Una riflessione a parte merita il tema delle pensioni, segnalato nel capitolo 3528 « Somma da corrispondere all'INPS per il pagamento di pensioni, assegni vari e relativi oneri accessori agli invalidi civili, ai sordomuti e ai ciechi civili » pari a 17.600 mln euro per il 2013, 18.100 mln euro per il 2014 e 18,650 mln euro per il 2015. A tal proposito si rileva che il capitolo 3528 registra una variazione in aumento, per il 2013, pari a 500,00 mln.

Per quanto concerne i Fondi settoriali riguardanti le principali politiche sociali, il capitolo 3527 « Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza » (legge n. 285 del 1997), nel 2013 presenta una lieve variazione che riduce la dotazione facendola passare dai 39,9 mln euro del 2012

ai 39,6 mln euro previsti per il 2013, con ulteriori riduzioni negli anni successivi: per il 2014 di 39,3 mln euro e per 2015 di 38,8 mln euro.

Drammatico appare il ridotto trasferimento di risorse alle regioni per le politiche sociali: il capitolo 3671 « Fondo da ripartire per le politiche sociali » nel 2013 presenta una dotazione di 44,2 mln euro (nel 2012 era pari a 69,9 mln euro con una diminuzione di 25,7 mln euro), per il 2014 di 43,9 mln euro e per 2015 di 43,3 mln euro. Totalmente assente negli anni successivi: si segnala, infatti, che il capitolo 3539 « Somme da corrispondere alle regioni per il finanziamento delle politiche sociali » non presenta alcuno stanziamento per il triennio 2013-2015.

Il capitolo 3538 « Fondo per le non autosufficienze » come per il 2012, non risulta finanziato neppure per il triennio 2013-2015.

All'interno della Missione 27 « Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali » il programma 27.6 « Flussi migratori per motivi di lavoro e politiche di integrazione sociale delle persone immigrate », il capitolo 3694 « Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati » e 3783 « Fondo nazionale per le politiche migratorie », entrambi rimodulabili, non presentano stanziamenti per il triennio d'interesse.

Ridotto anche il capitolo 2180 « Fondo per il finanziamento di interventi a favore dell'incremento dell'occupazione giovanile e delle donne », a fronte di una previsione assestata 2012 pari a 200,00 mln di euro, presente un decremento pari a 132,50 mln di euro, per cui la previsione 2013 risulta essere pari a 67,50 mln di euro (47,46 mln di euro per il 2014 e 23,01 mln di euro per il 2015). Il prospetto specifica che la richiamata variazione si apporta a seguito delle disposizioni di cui alla legge n. 92 del 2012, di riforma del mercato del lavoro (si segnala che il richiamato Fondo è stato istituito con il decreto ministeriale del 5 ottobre 2012).

La lettura dei dati appare ancor più complessa se si tiene conto del cambio di

allocazione di alcune risorse destinate alle politiche sociali e attualmente rintracciabili nella Missione « Diritti sociali, politiche sociali e famiglia » (24). La Missione contiene i programmi « Protezione sociale per particolari categorie » (24.5) e « Sostegno alla famiglia » (24.7). In questo capitolo (1639) troviamo il « Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare (*Social card*) » con una dotazione pari a 10 mln euro per ciascuno degli anni 2013/2014/2015 (nel 2012 era pari a 9,1 mln euro). In evidente diminuzione per il 2013 il « Fondo per le politiche della Famiglia », la cui dotazione è pari a 21 mln euro (nel 2012 era pari a 31,9 mln euro). Destinata a ridursi ulteriormente negli anni successivi: 22,9 mln euro per il 2014 e 22,6 mln euro nel 2015.

Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze sono allocate le risorse della Missione 22 « Giovani e sport », contenente il programma 30.2, che per il prossimo 2013 possono contare su di una dotazione pari a 6,2 mln euro, sensibilmente inferiore a quella del 2012, quando era pari a 8,2 mln euro) destinata a rimanere sostanzialmente stabile nei due anni successivi: 6,8 mln euro per il 2014 e 6,7 mln euro nel 2015.

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 « Fondo politiche antidroga » con una dotazione per il 2013 pari a 6,9 mln euro (nel 2012 era pari a 6,2 mln euro), 7,5 mln euro per il 2014 e 7,4 mln euro nel 2015. Si tratta di uno dei pochi incrementi di dotazione, che si augura possa coprire anche la presa in carico dei pazienti affetti da ludopatia, dipendenza dal gioco d'azzardo, recentemente approvata con il decreto-legge cosiddetto Balduzzi.

Proprio in merito ad un potenziale confronto, e in aperta contraddizione, con quanto recentemente approvato dalla Camera con il « decreto Balduzzi », occorre rilevare che per quanto concerne il Ministero della salute c'è una riduzione degli

stanziamenti previsti rispetto al 2012 (116,4 mln euro). Concretamente nel 2013 c'è una riduzione di 35,4 mln euro, di cui 7,5 mln euro a carico delle spese di funzionamento e 27,9 mln euro a carico degli interventi.

La riduzione delle risorse previste per i Livelli essenziali di assistenza (LEA) subisce lo stesso trattamento e si riduce in maniera significativa. Proprio per i LEA, la cui revisione era stata non solo promessa ma garantita con il « decreto Balduzzi », appena approvato, entro il prossimo 31 dicembre 2012, il programma 20.3 « Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana », nel 2012 presenta in assestato 217,6 mln euro, che nel 2013 presentano una diminuzione di 12, 8 mln euro, attestandosi nel triennio in esame a 204,7 mln euro.

Non appare finanziato neppure il Progetto « Ospedale territorio senza dolore » (capitolo 2406), che, infatti, non presenta stanziamenti nel triennio in esame.

Il capitolo 2423 « Somme occorrenti alla copertura degli accordi collettivi nazionali tra Pubblica amministrazione e personale sanitario che presta assistenza sanitaria in Italia al personale navigante » presenta una dotazione 2012 di 11,3 mln euro che diminuisce a 2 mln euro per il triennio in esame.

Il capitolo 4390 « Rimborsi alle ASL e alle Aziende ospedaliere per le prestazioni sanitarie ai cittadini stranieri » non presenta stanziamenti nel 2012 e nel triennio 2013-2015.

Il Programma 20.4 « Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano » nel 2012 presenta un dato assestato pari a 345,7 mln euro, che aumenta nel 2013 a 480,9 mln euro, per ridursi ancora nel 2014 a 399,8 mln euro e nel 2015 a 397,5 mln euro.

Analogamente per quanto riguarda la Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti (il Programma 20.2), si evidenzia che, rispetto alla previsione assestata 2012 pari a 64,8 mln di euro, presenta una variazione in diminuzione di

4,7 mln euro, pertanto le previsioni per il 2013 corrispondono a 60 mln euro, per il 2014 a 59,7 mln euro e a 54,4 mln euro per il 2015. Fra i capitoli di rilievo, si segnala il capitolo 5340 « Fondo da ripartire tra regioni e Province autonome per interventi per la prevenzione e la lotta al randagismo » che nel 2012 reca 0,8 mln euro che per il triennio in esame diventano 0,3 mln euro.

La Missione n. 17 « Ricerca e innovazione », suddivisa in due programmi: « Ricerca per il settore della sanità pubblica » (17.20) e « Ricerca per il settore zoo profilattico » (17.21), di cui il primo assorbe la quasi totalità delle risorse stanziare, presenta le dotazioni sulle quali rinvio alla tabella pubblicata nelle schede fornite dal Servizio Studi.

Infine, nella Missione 3, « Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali », rilevano i seguenti programmi: Programma 3.4 « Federalismo » e, all'interno del Programma 3.4, il capitolo 2862 « Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IIVA », reca come dato assestato 2012 una somma pari a 54.583 mln euro, che aumentano a 56.267 mln euro del 2013, a 56.011 del 2014 e 57.643 mln del 2011; Programma 3.6 « Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria »: Il capitolo 2700 « Fondo sanitario nazionale » prevede come dato assestato 2012 una somma pari a 5.801 mln euro, che diminuisce a 5.663 mln euro per il 2013.

Il capitolo 2701 « Finanziamento del Fondo sanitario nazionale in relazione alle minori entrate dell'Irap » con una dotazione assestata 2012 pari a 3.250 mln euro non prevede nessuno stanziamento per il triennio in esame in conseguenza della cessazione dell'onere recato dall'articolo 33, comma 32, delle legge 183 del 2011 (legge stabilità 2012).

I tagli colpiscono gravemente anche l'assistenza pediatrica. Il capitolo 2705 « Somma da erogare all'ospedale pediatrico Bambino Gesù » presenta una previsione assestata 2012 pari a 80 mln euro,

che diminuisce nel 2013 a 49,5 mln euro, nel 2014 a 49,2 mln euro e nel 2015 a 48,5 mln euro.

Il capitolo 2746 «Somme da erogare alle regioni per l'ammortamento dei mutui assunti per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria di pertinenza statale relativa al 1990 e del fondo per l'accelerazione della liquidazione dei rimborsi ai soggetti erogatori di servizi sanitari» prevede una dotazione di 35 milioni di euro per il 2012 e per ciascuno degli anni del triennio in esame. L'articolo 8, comma 12, del disegno di legge di stabilità per il 2013, assegna alla Campania 159 milioni di euro per il 2013, al fine di ripianare i disavanzi sanitari dell'esercizio 1990.

Nella Missione 14 «Infrastrutture pubbliche e logistica» il Programma 14.8 «Opere pubbliche e infrastrutture» contiene le dotazioni per il finanziamento dell'edilizia sanitaria. In particolare, il capitolo 7464 «Somma da erogare per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica», rimodulabile, presenta un dato assestato per il 2012 pari a 388,7 milioni di euro che viene ridotto a 59,5 milioni di euro per 2013. Non sono riportati finanziamenti per il biennio 2014-2015.

Per quanto concerne invece il disegno di legge di stabilità, le disposizioni di specifico interesse della XII Commissione sono costituite anzitutto dai commi da 66 a 74 dell'articolo 3 che riducono, a decorrere dal 2013, la spesa del Ministero della salute per l'assistenza sanitaria al personale navigante (marittimo e dell'aviazione civile) e per l'assistenza sanitaria internazionale (comma 66).

Entro il 28 febbraio 2013, è prevista l'emanazione di un decreto di natura non regolamentare del Ministero della salute, finalizzato a certificare le eccedenze di spesa degli esercizi finanziari 2011 e 2012 rispetto al fabbisogno effettivo registrato per l'attività di assistenza sanitaria erogata in Italia al personale navigante, marittimo e dell'aviazione (comma 67). Conseguentemente, a decorrere dal 2013, l'autorizzazione di spesa per le suddette finalità è ridotta di 5 milioni di euro (comma 68). Dal 1° gennaio 2013, in materia di assi-

stenza sanitaria internazionale, le regioni: hanno competenza su entrate e uscite finanziarie della mobilità sanitaria internazionale (comma 69); imputano ai bilanci delle ASL, i costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia (comma 70); le regioni e Province autonome hanno competenza in materia di assistenza sanitaria indiretta (comma 71). Lo Stato mantiene la competenza di autorità statale in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e di assistenza sanitaria transfrontaliera (comma 69).

Una attenzione significativa viene prestata dalla legge di stabilità alla cosiddetta medicina trans-frontaliera che riguarda i cittadini italiani all'estero. Ricorda, in particolare, che la competenza dell'autorità statale nell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza sanitaria transfrontaliera, ha lo scopo di tutelare gli assistiti che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e dei Paesi in convenzione con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale.

Il Ministero per conto delle regioni e delle ASL di rispettiva appartenenza, chiede agli Stati esteri il rimborso dei crediti relativi all'assistenza fornita a cittadini stranieri in Italia. Debiti e crediti vengono imputati alle ASL competenti e, in sede di assegnazione della quota di Fondo sanitario nazionale alle regioni, si tiene conto della compensazione debiti-crediti.

La mobilità sanitaria internazionale (assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, ai cittadini stranieri e assistenza sanitaria transfrontaliera) è attivata per motivi di cura programmata (cittadini italiani che vanno all'estero esplicitamente per sottoporsi ad un intervento chirurgico, per seguire un percorso terapeutico, o per altre esigenze sanitarie che non trovano adeguata soddisfazione nel nostro Paese.

Vi è poi la classica mobilità internazionale occasionale, determinata dalla presenza di esigenze sanitarie insorte mentre

si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza): è una mobilità occasionale che riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti (anche se talvolta nasconde impropriamente una mobilità per motivi di cura), ed ha regole diverse a seconda che avvenga entro lo spazio europeo più o meno allargato (dove esiste una compensazione economica delle prestazioni tra Stati) o al di fuori di esso.

Da ultimo, vi è la mobilità sanitaria internazionale non dei pazienti ma degli operatori: che svolgono temporaneamente un'attività sanitaria all'estero. Se si esclude qualche regione di confine, il fenomeno si può considerare ad oggi praticamente assente per quanto riguarda il nostro Paese.

La nuova direttiva europea appena approvata sulla mobilità transfrontaliera (direttiva 2011/24, inclusa nell'allegato *b*) della legge comunitaria 2012, all'esame del Senato) è improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti sia degli operatori e prevede nuove regole, in particolare sulle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, oltre che sui ricoveri.

In tale ambito si ricorda che la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), valida nei 27 paesi UE e in Islanda, Lichtenstein, Norvegia e Svizzera, per i cittadini che soggiornano temporaneamente, è entrata in vigore, anche in Italia, dal 1° novembre 2004. Permette di usufruire delle cure medicalmente necessarie (e quindi non solo urgenti), in sostituzione di determinati formulari. L'assistenza è in forma diretta e pertanto nulla è dovuto, eccetto il pagamento di un eventuale ticket che è a diretto carico dell'assistito e quindi non rimborsabile.

L'articolo 6 del disegno di legge di stabilità prosegue gli interventi di contenimento della spesa sanitaria introdotti dall'articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011 e successivamente precisati dall'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012 (*spending review*).

Il comma 1 dispone la riduzione del 10 per cento, in luogo dell'originario 5 per cento, degli importi e delle connesse prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e di servizi,

con esclusione degli acquisti dei farmaci e dei dispositivi medici, stipulati da enti ed aziende del SSN. Viene inoltre rideterminato, in diminuzione, il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, che passa, dal 1 gennaio 2013 al 4,8 per cento in luogo dell'originario 4,9 per cento, e a decorrere dal 2014 al valore del 4,4, per cento in luogo dell'originario 4,8 per cento.

Il comma 2, in considerazione dei risparmi di spesa ottenuti con le misure recate dal comma 1, riduce il livello del fabbisogno del SSN e del correlato finanziamento, come rideterminato dal decreto-legge n. 95 del 2012, di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014.

Infine, il comma 3 proroga di un anno, dal 31 dicembre 2012 al 31 dicembre 2013, il divieto di azioni esecutive in danno degli enti sanitari delle regioni commissariate in disavanzo.

Per quanto concerne la questione inerente al livello di finanziamento del SSN, ricorda che l'articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011 ha stabilito un incremento del livello di finanziamento del SSN per gli anni 2013 e 2014, rispettivamente, dello 0,5 per cento del livello vigente del 2012 e dell'1,4 per cento del livello 2013. Gli incrementi, inferiori a quelli previsti dalla legislazione previgente, pari al 2,8 per cento per il 2013 e al 4,0 per cento nel 2014, determinano riduzioni di spesa per 2.500 milioni nel 2013 e per 5.450 milioni nel 2014.

Conseguentemente, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato quantificato in 109.294 milioni per il 2013 e in 110.786 milioni per il 2014. Il decreto-legge 98 del 2011 rinvia, per il raggiungimento delle riduzioni di spesa, a modalità da stabilirsi in sede di intesa Stato-regioni, da stipularsi entro il 30 aprile 2012. In caso di mancata intesa, è prevista, nel biennio 2013-2014, l'applicazione di una pluralità di interventi sulla spesa sanitaria (estensione al 2014 del blocco dei salari, razionalizzazione delle spese per l'assistenza farmaceutica ospedaliera, per l'acquisto di beni e servizi e di dispositivi medici) e di incremento delle

entrate del SSN (compartecipazione sull'assistenza farmaceutica ed altre prestazioni erogate dal SSN).

Ricorda infine che il decreto-legge n. 98 del 2011 prevede, a partire dal luglio 2012, l'avvio delle attività dell'Osservatorio dei contratti pubblici relative alla determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura previste dall'articolo 7 del decreto legislativo n. 163 del 2006, cosiddetto Codice dei contratti pubblici, per quanto riguarda il settore sanitario.

L'Osservatorio ha, pertanto, predisposto un'indagine su base campionaria che ha visto partecipi le principali stazioni appaltanti operanti in ambito sanitario su tutto il territorio nazionale, selezionate, su base regionale, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, tra quelle che presentavano la spesa più rilevante. Le categorie di beni e servizi fino ad oggi oggetto di rilevazione sono state: principi attivi; dispositivi medici; servizio di ristorazione; servizio di pulizia; servizio di lavanderia; materiali da guardaroba; prodotti di cancelleria. Per tutte le categorie di beni e servizi oggetto di indagine è stato fornito un prezzo di riferimento inferiore al prezzo mediano, sempre in un'ottica di contenimento della spesa. Lo stesso Osservatorio sottolinea come i prezzi rilasciati vanno comunque interpretati con cautela tenuto conto della loro eterogeneità e, talvolta, del modesto numero di osservazioni raccolte.

Per quanto attiene poi alla razionalizzazione e al contenimento della spesa in materia di farmaceutica, ricorda che in assenza della stipula di un nuovo patto della salute, l'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012 (*spending review*) prosegue e precisa, in materia di farmaceutica e di acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, le misure di razionalizzazione e contenimento della spesa introdotte dall'articolo 17 del decreto legge n. 98 del 2011. In particolare, si consegue una riduzione del livello del fabbisogno del SSN e del correlato finanziamento pari a 900 milioni di euro per il 2012, a 1.800 milioni per il 2013, a 2.000 milioni per il 2014 e

a 2.100 milioni a decorrere dall'anno 2015. Le riduzioni sono da recepire, dalle regioni e dalle province autonome, con Intesa di riparto del fabbisogno e delle disponibilità finanziarie del SSN, da stipularsi entro il 30 settembre 2012, con riferimento al 2012, e entro il 30 novembre 2012 con riferimento al 2013 e agli anni seguenti.

In particolare, il comma 1 dell'articolo del disegno di legge di stabilità in esame, modificando l'articolo 15, comma 13, rispettivamente lettere *a)* e *f)* del decreto-legge n. 95 del 2012, prevede le seguenti misure: contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e di servizi, lettera *a)* dispone la riduzione del 10 per cento, in luogo dell'originario 5 per cento previsto dal decreto-legge n. 95 del 2012, degli importi e delle connesse prestazioni relativi a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e di servizi – con esclusione degli acquisti dei farmaci e di dispositivi medici – stipulati da aziende ed enti del SSN. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto-legge n. 98 del 2011; lettera *b)* ridetermina, in diminuzione, il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, fissandolo dal 1 gennaio 2013 al 4,8 per cento, in luogo dell'originario 4,9 per cento, e a decorrere dal 2014 al valore del 4,4, per cento, in luogo dell'originario 4,8 per cento.

Il comma 2, in considerazione dei risparmi di spesa ottenuti con le misure recate dal comma 1, riduce il livello del fabbisogno del SSN e del correlato finanziamento, come rideterminato dal decreto-legge n. 95 del 2012, di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014.

Analogamente a quanto disposto dal comma 22 dell'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012, per le regioni a statuto speciale e le Province autonome ad esclusione della Sicilia, che provvedono al finanziamento del servizio sanitario con risorse del proprio bilancio, l'attuazione del risparmio deve avvenire con le modalità definite dall'articolo 27 della legge n. 42 del 2009 (legge delega sul federali-

smo fiscale), vale a dire, secondo quanto previsto dagli statuti speciali e in accordo con ciascuna regione e provincia autonoma. Fino all'emanazione delle suddette norme di attuazione, la quota di risparmio per ciascuna regione speciale e provincia autonoma è accantonata annualmente a valere sulle quote spettanti di compartecipazione ai tributi erariali, fonte primaria del sistema di finanziamento di questi enti e determinate per ciascuno di essi dallo statuto di autonomia).

Il comma 3, infine, proroga di un anno, dal 31 dicembre 2012 al 31 dicembre 2013, il divieto di azioni esecutive in danno degli enti sanitari delle regioni commissariate in disavanzo di cui all'articolo 1, comma 51, della 13 dicembre 2010, n. 220.

In proposito, si ricorda che, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e il ripristino dell'equilibrio economico e finanziario dei sistemi regionali interessati, l'articolo 11, comma 2, del decreto-legge n. 78 del 2010 introduce, nelle regioni in disavanzo e già commissariate, la espressa previsione di un piano di ricognizione dei debiti, da adottarsi a cura dei Commissari *ad acta*, e il temporaneo divieto di azioni esecutive in danno degli enti sanitari. La preclusione alle azioni esecutive viene nuovamente reintrodotta dall'articolo 1, comma 51 della legge di stabilità 2011, con l'ulteriore specifica che i pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni in disavanzo alle aziende sanitarie locali e ospedaliere regionali prima della data di entrata in vigore del decreto-legge n. 78 del 2010 non producono effetti dalla suddetta data fino al 31 dicembre 2012 e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesoreri, i quali possono disporre, per le finalità istituzionali degli stessi enti, delle somme trasferite durante il suddetto periodo.

In risposta ad una interrogazione in materia, il Ministro Giarda ha ricordato che il Ministero dell'economia e delle finanze ha più volte osservato che la finalità delle disposizioni intende garantire la progressiva regolarizzazione e normalizza-

zione del sistema dei pagamenti regionali e lo smaltimento dei debiti, fattore individuato tra i responsabili di importanti disfunzioni del sistema gestionale e di conseguenti pesanti oneri diretti e indiretti, nonché di garantire che la regolarizzazione non sia compromessa, rallentata o addirittura impedita dalle azioni esecutive intraprese dai creditori delle aziende.

Un'altra disposizione rilevante per le competenze della XII Commissione è il comma 12 dell'articolo 8, che assegna alla Campania 159 milioni di euro per il 2013, al fine di ripianare i disavanzi sanitari dell'esercizio 1990. Il predetto importo, erogato direttamente alla regione, è una parte residuale di risorse spettanti agli enti sanitari regionali, al fine di contrarre mutui per il ripiano di impegni assunti per l'esercizio 1990, anche in misura eccedente agli stanziamenti di parte corrente autorizzati con il bilancio di previsione, al fine di provvedere a spese improcrastinabili e di assoluta urgenza. La Campania ha contratto mutui per un importo complessivamente inferiore a 159 milioni di euro rispetto al previsto, in quanto alla data di stipula degli stessi non erano stati approvati alcuni bilanci aziendali. Con l'approvazione dei predetti bilanci e nelle more del perfezionamento dell'iter amministrativo di autorizzazione alla contrazione di un mutuo per l'importo residuo di 159 milioni di euro, è, tuttavia, intervenuta l'interruzione del predetto iter amministrativo. Conseguentemente, la presente disposizione consente alla regione il completamento del ripiano dei disavanzi sanitari autorizzati, prevedendo, in luogo della contrazione di un mutuo, il trasferimento di risorse alla regione.

Infine, segnala i commi da 14 a 16 dell'articolo 12 del disegno di legge che, al fine di evitare l'apertura di una procedura d'infrazione da parte della Commissione europea, modificano la disciplina dell'IVA applicabile alle prestazioni di assistenza e sicurezza sociale rese dalle cooperative sociali e dai loro consorzi, assoggettandole ad aliquota del 10 per cento anziché del 4 per cento.

Si tratta, in particolare, delle seguenti prestazioni previste dall'articolo 10, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, in materia di imposta sul valore aggiunto, numeri 18), 19), 20), 21) e 27-ter): le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza; le prestazioni di ricovero e cura rese da enti ospedalieri o da cliniche e case di cura convenzionate nonché da società di mutuo soccorso con personalità giuridica e da ONLUS, compresa la somministrazione di medicinali, presidi sanitari e vitto, nonché le prestazioni di cura rese da stabilimenti termali; le prestazioni educative dell'infanzia e della gioventù e quelle didattiche di ogni genere, anche per la formazione, l'aggiornamento, la riqualificazione e riconversione professionale, rese da istituti o scuole riconosciuti da pubbliche amministrazioni e da ONLUS, comprese le prestazioni relative all'alloggio, al vitto e alla fornitura di libri e materiali didattici, ancorché fornite da istituzioni, collegi o pensioni annessi, dipendenti o funzionalmente collegati, nonché le lezioni relative a materie scolastiche e universitarie impartite da insegnanti a titolo personale; le prestazioni proprie dei brefotrofi, orfanotrofi, asili, case di riposo per anziani e simili, delle colonie marine, montane e campestri e degli alberghi e ostelli per la gioventù, comprese le somministrazioni di vitto, indumenti e medicinali, le prestazioni curative e le altre prestazioni accessorie; le prestazioni socio-sanitarie, di assistenza domiciliare o ambulatoriale, in comunità e simili, in favore degli anziani ed inabili adulti, di tossicodipendenti e di malati di AIDS, degli handicappati psicofisici, dei minori anche coinvolti in situazioni di disadattamento e di devianza, rese da organismi di diritto pubblico, da istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica o da enti aventi finalità di assistenza sociale e da ONLUS.

Nel dettaglio, il comma 14 prevede una modifica alla Tabella A del decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del

1972 nel senso di escludere le prestazioni sopra indicate dalla parte seconda (recante i beni e servizi soggetti all'aliquota del 4 per cento) e di includerle nella parte terza (recante i beni e servizi soggetti all'aliquota del 10 per cento) qualora rese da cooperative sociali e loro consorzi in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale.

Il vigente n. 41-bis) della tabella A, parte seconda, assoggetta, infatti, ad aliquota del 4 per cento le prestazioni socio-sanitarie, educative, comprese quelle di assistenza domiciliare o ambulatoriale o in comunità e simili o ovunque rese, in favore degli anziani ed inabili adulti, di tossicodipendenti e malati di AIDS, degli handicappati psicofisici, dei minori, anche coinvolti in situazioni di disadattamento e di devianza, rese da cooperative e loro consorzi, sia direttamente che in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale.

Alla tabella A, parte terza, viene quindi aggiunto un nuovo numero 127-undevicies) recante le descritte prestazioni le prestazioni di cui ai numeri 18), 19), 20), 21) e 27-ter) dell'articolo 10, primo comma, rese in favore dei soggetti indicati nello stesso numero 27-ter) da cooperative sociali e loro consorzi in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale. Il comma 15 abroga il primo e il secondo periodo dell'articolo 1, comma 331, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che aveva ricompreso nelle prestazioni assoggettate all'IVA al 4 per cento anche quelle di cui ai sopra citati numeri 18), 19), 20), 21) e 27-ter) rese da cooperative e loro consorzi (primo periodo). Il secondo periodo del comma 331 faceva salva la facoltà per le cooperative sociali di optare per il regime agevolativo applicato alle Onlus (ai sensi dell'articolo 10, comma 8, del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460).

Su quest'ultimo punto, la relazione tecnica conferma la validità dell'opzione per il regime onlus. Il comma 16 prevede che le nuove disposizioni siano applicate alle operazioni effettuate sulla base di contratti stipulati, rinnovati o prorogati successivamente alla loro entrata in vigore.

Tale ultima disposizione, secondo quanto emerge dalla relazione illustrativa, risponde all'esigenza di non gravare sulle finanze degli enti pubblici committenti.

In conclusione, dopo aver illustrato analiticamente il contenuto delle disposizioni del disegno di legge di stabilità che incidono direttamente sulle competenze della XII Commissione, procede allo svolgimento di considerazioni di carattere più generale, facendo presente, in particolare, che il Presidente Monti ha più volte ribadito in questi giorni che la legge di stabilità potrà essere modificata, mantenendo i saldi invariati. Richiama pertanto la necessità per cui la Commissione si assuma ogni responsabilità, ciò che significa sostanzialmente tre cose: particolare attenzione ai soggetti più fragili: anziani, disabili; alle famiglie, soprattutto a quelle più numerose, e alla tutela della salute di tutti i cittadini. Ritiene, infatti, che sia indispensabile scongiurare il pericolo che con questa legge vengano vanificate anche quelle misure di tutela della salute pubblica, che sono state appena approvate con il recente « decreto Balduzzi ».

Ricorda che il Governo ha ufficialmente dichiarato quali siano le finalità della legge di stabilità: intende innanzitutto evitare quell'aumento di due punti percentuali dell'IVA già previsto dalla manovra « salva-Italia » dello scorso anno per il primo luglio 2013. Con questa legge, infatti, l'aumento viene dimezzato. L'intenzione è di reperire la disponibilità economica per alcuni obiettivi quali nuovi incentivi per l'aumento della produttività; garanzie per gli « esodati »; copertura delle necessità dei Ministeri per il 2013; pagamento degli arretrati delle Pubbliche amministrazioni, cioè dei debiti e dei ritardi nella liquidazione verso i fornitori.

Tre sono gli strumenti previsti per raggiungere questi obiettivi: il primo strumento è la revisione della spesa pubblica (*spending review*); il secondo comprende degli interventi fiscali in materia bancaria e assicurativa; il terzo, infine, riguarda l'imposta sulle transazioni finanziarie

(quella che viene chiamata *tobin tax*, oggetto di aspre discussioni a livello internazionale).

La legge di stabilità dovrebbe consentire allo Stato di recuperare quasi 12 miliardi di euro.

Fa presente che se ne condividono gli obiettivi: assicurare il rispetto degli impegni presi con l'Europa consolidando le politiche di sistemazione dei nostri conti pubblici. I risultati positivi di questa politica intrapresa da Monti in questi mesi si vedono oggi in maniera chiara: calo importante dello *spread* e ripresa del ruolo dell'Italia nella politica europea.

Ma rileva altresì che gli interventi previsti incidono direttamente sui cittadini ed in particolare sulle persone con disabilità e sulle persone non autosufficienti, per cui da parte nostra vanno analizzati con grande attenzione, dal momento che molti disabili e moltissime famiglie numerose non sono in grado di sopportare altri tagli o altri sacrifici. Basta ricordare i dati recentemente pubblicati dal Censis, che ha condotto una ricerca proprio in questo campo grazie alla Fondazione Serono. La media europea delle risorse destinate alla protezione sociale dei disabili è di 531 euro *pro capite*, contro i nostri 438 euro *pro capite*: solo la Spagna fa peggio di noi. L'Italia appare sempre più latitante anche sul fronte delle politiche di inserimento professionale, dove prevale un atteggiamento di tipo assistenziale che rimanda ogni responsabilità alle famiglie, sempre meno in grado di fronteggiare il complesso universo del disagio personale e sociale dei disabili. Basta ricordare qualche numero: in Francia è occupato il 36 per cento dei disabili, mentre in Italia sono occupati solo il 18 per cento dei disabili: la metà esatta rispetto alla Francia.

Sono importanti i primi segnali sul fronte della crescita: detassazione dei salari di produttività 1,6 miliardi di euro e dell'equità fiscale: introduzione della *tobin tax*, tassa sulle transazioni finanziarie. È una cosa che vale circa 1 miliardo di euro e crea un calo della pressione IRPEF. È facile rendersi conto però dell'impatto negativo che avrà l'aumento dell'iva sui con-

sumi e in particolare sulle fasce di reddito più deboli. Occorre evitare che ciò avvenga e per questo occorre lavorare per fare in modo di evitarlo (andrà in vigore infatti dal luglio 2013), in particolare bisogna intervenire sulla revisione dei finanziamenti alle imprese (cosiddetto Rapporto Giavazzi).

Fa presente che la manovra va migliorata soprattutto sul fronte dell'equità. La semplice riduzione delle aliquote afferenti ai due scaglioni di reddito più bassi (cioè fino a 28.000 euro) avvantaggia fiscalmente nella stessa misura i redditi alti e i redditi bassi ed esclude da qualsiasi vantaggio i redditi bassissimi cioè i cosiddetti incapienti (circa 8 milioni di contribuenti).

La manovra è poi resa meno equa dall'introduzione retroattiva della franchigia sulle deduzioni.

Anche in Italia, ove la crisi, a lungo colpevolmente minimizzata, ha colpito un Paese già caratterizzato da un debito pubblico tra i più alti del mondo, dopo un decennio di sostanziale stagnazione economica e con una rilevanza dell'evasione fiscale e dell'economia sommersa senza pari in Europa; da un sistema di *welfare* sociale fragile e disomogeneo, che già nel 2008, prima della crisi, vedeva l'Italia, agli ultimi posti tra i 27 Paesi dell'Unione Europea. Si è invece scelto, in Europa e in Italia, come chiesto dai mercati finanziari, un approccio tutto inscritto nella cornice del modello economico e finanziario che è andato in crisi: quello pressoché esclusivo delle politiche di rigore finalizzate a rimettere in ordine i conti pubblici, attraverso scelte di taglio lineare della spesa e di pesante incremento dell'imposizione fiscale, con la conseguente progressiva riduzione di quote di reddito per una fascia ampia di lavoratori e di cittadini, certamente non i più abbienti.

È il *welfare* ad essere individuato come il principale ostacolo all'ordine dei conti; si è detto prima che «la ricreazione è finita», e poi che «abbiamo vissuto sopra le nostre possibilità», ed è al *welfare* che ci si riferiva. E come un lusso, o uno spreco, che non ci si può più permettere, è il *welfare* ad essere stato progressiva-

mente smantellato in questo Paese: di finanziaria in finanziaria; di manovra in manovra. Prima il sostanziale azzeramento dei Fondi per le politiche sociali e per la non autosufficienza, la famiglia, l'infanzia, i giovani, l'inclusione degli immigrati, il taglio ai trasferimenti agli enti locali. Poi i nuovi pesanti tagli alla spesa sanitaria previsti in agosto nella legge di *spending review*.

Si tratta complessivamente di scelte economiche dal profondo risvolto sociale e politico che, pur tenendo conto del fatto che il Paese ha bisogno di recuperare rigore, produttività, competitività, e di riprendere a crescere, mettono in grave difficoltà le fasce più deboli, le famiglie, i giovani, per questo per quanto di nostra competenza come Commissione affari sociali segnaliamo che non affrontano e non destinano risorse né al sostegno dei redditi più bassi, né agli investimenti necessari alla crescita, mentre occorrerebbe calcolare i costi materiali, umani e occupazionali derivanti dalla mancanza di una politica preventiva di promozione sociale in termini di spesa assistenziale, previdenziale, sanitaria. Ci si renderebbe conto, così come sta avvenendo per la politica di tutela del territorio, che i costi per riparare i danni sono di gran lunga superiori a quelli occorrenti per attuare una politica di prevenzione e di rispetto dei diritti; pongono il tema delle compatibilità e della sostenibilità interamente a carico del lavoro, dei servizi ai cittadini, dell'indebolimento dei diritti fondamentali, soprattutto per i disabili e per le famiglie numerose. Si sta vivendo una situazione paradossale che non si era mai verificata: al pesante aumento delle tasse corrisponde una diminuzione dei servizi e delle tutele.

Richiama, infine, la responsabilità, oltre che la necessità, di chiederci e di chiedere quale futuro si prospetta ai cittadini di questo Paese, e quale Paese potrà uscire dalla crisi. È necessaria una sostanziale correzione della rotta, orientata a impostare un nuovo percorso di sviluppo, nel quale la promozione dello sviluppo umano sia non corollario residuale ma parametro sostanziale per le scelte di

politica economica e finanziaria. La difesa e la garanzia dei diritti fondamentali dei cittadini, alla salute, al lavoro, all'istruzione, a un ambiente sostenibile, alla sicurezza, alla possibilità di vivere in autonomia e dignità la propria vita e a partecipare con responsabilità alla promozione dei beni comuni non sia effetto subordinato e incerto delle politiche economiche e finanziarie, ma ne costituisca il fine e l'obiettivo primario, come la Costituzione prevede.

Luciana PEDOTO (PD), ringraziando l'onorevole Binetti per l'articolata relazione svolta, svolge alcune considerazioni critiche in merito al contenuto del disegno di legge di stabilità. Innanzitutto, rileva l'assenza di una disciplina concernente la vigilanza di numerosi ordini professionali come quello dei biologi. A questo proposito, fa presente che si tratta di un tema molto importante, che è stato ingiustificatamente escluso da altri provvedimenti e che non viene affrontato nemmeno dal disegno di legge di stabilità.

Stigmatizza altresì il mancato finanziamento – come per il 2012, anche per il triennio 2013-2015 – del Fondo per le non autosufficienze, ricordando che la sua istituzione fu frutto di un'idea illuminata, che poneva l'Italia in una posizione di vantaggio rispetto agli altri Paesi ma che successivamente il permanente azzeramento del predetto Fondo ha portato l'Italia in una situazione di assoluto svantaggio, simile solo a quella della Grecia. Rileva come il mancato finanziamento di tale Fondo incida in maniera grave sui disabili, sulle persone non autosufficienti e sulle rispettive famiglie.

Per quanto concerne, poi, la disposizione di cui all'articolo 6 del disegno di legge di stabilità, esprime la preoccupazione per cui, in questo come in altri provvedimenti, vi sia un vero e proprio accanimento nei confronti dei dispositivi medici. In particolare, fa presente che, se deve esserci un tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, sarebbe tuttavia opportuno individuare determinati dispositivi che siano esclusi, per la loro rile-

vanza, dal predetto limite, analogamente a quanto avviene per i cosiddetti farmaci « salva vita ».

Esprime inoltre la propria contrarietà nei confronti dell'ulteriore prosecuzione del divieto di pignoramento nei confronti delle aziende sanitarie inadempienti, che viene prorogato dal 31 dicembre 2012 al 31 dicembre 2013, ai sensi del comma 3 dell'articolo 6. A questo proposito, fa presente che, se si pone oggettivamente l'esigenza di prevedere tale impignorabilità, che trae origine dalle ragioni illustrate dall'onorevole Binetti nella sua relazione, è pur vero che si potrebbe pensare ad una soluzione intermedia in base alla quale il divieto di azioni esecutive in danno degli enti sanitari delle regioni commissariate in disavanzo venga prorogato per un semestre anziché per un anno.

Domenico DI VIRGILIO (Pdl) esprime delle perplessità con riferimento alle misure previste dal disegno di legge di stabilità, non condividendo l'approccio, già contestato in sede di esame del cosiddetto « decreto Balduzzi », per cui la questione relativa ai costi debba essere considerata prevalente rispetto all'efficienza delle prestazioni sanitarie.

Alla luce di tale premessa, contesta soprattutto il mancato finanziamento del Fondo per le non autosufficienze e la scarsa attenzione che viene prestata alle tematiche concernenti i giovani e lo sport.

Ritiene, infatti, che non sia possibile ridurre gli stanziamenti per ciò che concerne direttamente la tutela della salute. In questo contesto, anche con riferimento alla recente approvazione del « decreto Balduzzi », ricorda che, ad esempio, la cura della ludopatia è stata inserita tra i LEA senza tuttavia prevedere un finanziamento. Ricorda altresì che, a seguito del parere espresso dalla V Commissione, è stata espunta dal predetto decreto-legge in materia di tutela della salute la disposizione, introdotta a seguito dell'approvazione di un emendamento da lui stesso presentato, volta ad incentivare l'uso e la dotazione di defibrillatori, ciò che avrebbe

consentito di salvare diverse vite umane con una spesa di soli quattro milioni di euro.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP) rileva che, se in un momento economico particolarmente difficile come quello che il Paese sta attraversando si rende necessario compiere dei sacrifici, anche nel campo della sanità, si deve procedere al taglio delle spese superflue, ma non certamente dei servizi e dei bisogni. Se, invece, si procede in questa direzione, si arriverà al punto di demolire un sistema sanitario considerato tra i migliori al mondo.

Fa presente, quindi, che se l'Italia intende riprendere un percorso che porti verso lo sviluppo, è necessario effettuare alcune spese: la questione, quindi, va posta in termini di priorità, per cui taluni interventi vanno mantenuti e anche incentivati, altri invece vanno tagliati. Osserva che, ad esempio, se si stanziavano dei fondi in favore dei giovani e della ricerca, si possono conseguire dei guadagni, anche di carattere economico.

Per quanto concerne specificamente la questione dei ritardati pagamenti da parte degli enti sanitari, rileva che occorre evitare che tali ritardi si riflettano negativamente sulla collettività. Accade, infatti, che i fornitori che in alcune regioni vengono pagati in tempi più brevi offrano i loro prodotti ad un costo inferiore rispetto ad altre regioni dove i fornitori vengono pagati dopo molto tempo rispetto ai servizi resi.

Occorre porsi il problema di assicurare costi *standard* per tutte le regioni: tale obiettivo a suo avviso rappresenta un altro tassello del percorso volto ad avviare la fase della ripresa e della crescita.

In quest'ambito si colloca anche l'obiettivo di cercare forme più efficaci di collaborazione tra il settore pubblico e i soggetti privati, non escludendo, ad esempio, forme di sponsorizzazione nei confronti delle aziende sanitarie.

In generale, si augura che al disegno di legge di stabilità possano essere apportate delle modifiche, nel senso di migliorarne i contenuti. Si riserva pertanto di esprimere un giudizio finale in una fase successiva alla presentazione degli emendamenti.

Anna Margherita MIOTTO (PD), riservandosi di intervenire nel corso della successiva seduta dedicata alla discussione sul disegno di legge di stabilità per entrare nel merito delle disposizioni che, a suo avviso, dovrebbero essere necessariamente modificate, esprime fin da ora una valutazione complessivamente negativa del provvedimento, ritenendo quindi indispensabile che esso venga emendato nel corso dell'esame parlamentare.

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

La seduta termina alle 16.45.

AVVERTENZA

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

SEDE CONSULTIVA

Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione Induista italiana, Sanatana Dharma Samgha, in attuazione dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione.

C. 5457 Governo, approvato dalla 1^a Commissione permanente del Senato.

Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione Buddhista Italiana, in attuazione dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione.

C. 5458 Governo, approvato dalla 1^a Commissione permanente del Senato.

ALLEGATO 1

5-06038 Farina Coscioni: Truffa ai danni del servizio sanitario nazionale e mancato rispetto della deontologia professionale ad opera di farmacisti.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In via preliminare, si ricorda che con il decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004, emanato ai sensi dell'articolo 40 della legge 1° marzo 2002, n.39, è stata istituita una banca dati centrale (BDC) finalizzata al monitoraggio delle confezioni medicinali all'interno del sistema distributivo (Tracciabilità del farmaco). Questa banca dati è operativa dal 2005.

Tale progetto nasce per rispondere all'esigenza di localizzare, in tempi ravvicinati, i medicinali sul territorio nazionale al fine di rafforzare le misure di contrasto alle possibili frodi in danno alla salute pubblica, al Servizio Sanitario Nazionale e all'erario.

Per ognuno dei diversi anelli della catena produttiva e distributiva, è prevista la trasmissione di un flusso informativo quotidiano comprendente una serie di informazioni (medicinali, quantità, lotto e data di scadenza, sito logistico destinatario, data e ora di spedizione, eccetera).

Nel merito della questione si osserva quanto segue.

Le iniziative avviate per assicurare maggiore controllo su eventi quali quelli rappresentati nel servizio-denuncia in questione sono riconducibili, in sintesi, a tre ambiti d'azione:

a) potenziamento sul controllo dei singoli bollini destinati alla distribuzione, come meglio dettagliato nelle note diffuse da questo Ministero e disponibili su (www.salute.gov.it > Tracciabilità del farmaco > Archivio normativa), che consente di associare i bollini utilizzati sui medi-

cinali in commercio in Italia, al relativo un numero di identificazione univoco, al lotto di produzione e alla data di scadenza: ciò al fine di disporre all'interno della banca dati centrale (BDC – Tracciabilità del farmaco) per garantire i controlli automatici sui bollini relativi ai medicinali rilevati con i flussi di consumo citati in premessa;

b) piena attuazione dei decreti in materia di prescrizione a carico del SSN (Progetto Tessera sanitaria). Il decreto del ministero dell'economia e delle finanze 2 novembre 2011, recante « De-materializzazione della ricetta medica cartacea, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*, di concerto con il Ministero della salute, prevede, tra l'altro, l'obbligo di trasmissione da parte della farmacia del numero di identificazione univoco di ciascuna confezione. Quest'obbligo è già presente, se pur ottemperato in parte, nei decreti applicativi del comma 5 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003. In particolare:

il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 luglio 2005 concernente i parametri tecnici per la realizzazione del *software* certificato che deve essere installato dalle strutture di erogazione di servizi sanitari;

b) il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 18 marzo 2008, concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette », pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* SO dell'11 aprile 2008;

Nei disciplinari tecnici allegati a tali due decreti, con riferimento alle descrizioni del file relativo alle ricette per prescrizione di farmaci, è previsto infatti l'obbligo di trasmissione dell'identificativo univoco (numero progressivo della singola confezione) di ciascuna confezione, indicato nel tracciato record con la denominazione « Targatura ».

c) piena attuazione dei decreti in materia di monitoraggio delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto e dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, per quanto concerne la rilevazione e trasmissione da parte delle Regioni e Province autonome del codice identificativo univoco delle confezioni di medicinali dispensate o utilizzate in tali ambiti assistenziali.

Pertanto per l'intero settore della distribuzione iniziale e finale dei farmaci,

coerentemente con le previsioni del citato decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004, è prevista la trasmissione dei dati relativi all'identificativo univoco delle confezioni di medicinali, tale da assicurare il completo monitoraggio sul territorio nazionale di tutte le confezioni erogate a carico del SSN. Ovviamente tale monitoraggio deve assicurare in ogni caso l'erogazione dei medicinali, contemplando la possibilità di errori in fase di lettura e trasmissione dell'identificativo univoco delle confezioni, errori che troveranno le opportune risoluzioni in sede di successiva verifica.

Da ultimo, si coglie l'occasione per comunicare che il Ministero, sulla base delle richieste di verifica provenienti dal Comando Carabinieri per la sanità, effettua analisi specifiche volte a fornire allo stesso Comando tutti i dati disponibili.

ALLEGATO 2

5-06690 Mancuso: Crediti ECM (educazione continua in medicina).**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si ringraziano gli Onorevoli interroganti per aver sollevato una tematica di significativa rilevanza; la interrogazione, infatti, consente al Governo di illustrare le iniziative avviate per risolvere le criticità evidenziate.

La Commissione nazionale per la formazione continua ha affrontato le problematiche delineate nell'interrogazione parlamentare in esame, in occasione della stesura del recente Accordo Stato Regioni 19 aprile 2012, concernente il nuovo sistema di formazione corrente in medicina.

Pertanto, nel merito del primo quesito, è stata prevista la possibilità « per tutti i professionisti sanitari di riportare nel triennio precedente (2008-2010) fino a 45 crediti », decurtando, conseguentemente, il numero di crediti formativi prescritti (105 anziché 150). Inoltre, l'Accordo ha stabilito in favore della categoria dei liberi professionisti che « i liberi professionisti possono acquisire i crediti formativi attraverso modalità flessibili per crediti/anno », consentendo agli stessi, una flessibilità ri-

spetto il *range* 25/75 crediti annui, previsto per tutti i professionisti sanitari. In virtù dell'Accordo è stato consentito che i liberi professionisti possano liberamente acquisire da 0 a 150 crediti formativi soddisfacendo, così, l'obbligo formativo prescritto nel corso di un solo anno di aggiornamento.

Da ultimo, per quanto concerne la proposta di avvalersi di strumenti quali la « rivista 30 giorni » per un percorso sperimentale di formazione ECM gratuita, si fa presente che per il Ministero della salute non sussistono cause ostative a che la rivista tramite un *provider* ECM possa essere utilizzata come tipologia formativa a distanza.

L'eventualità di un coinvolgimento della Commissione nazionale per la formazione continua per l'erogazione di un corso FAD utilizzando la richiamata rivista sarà valutata in occasione della trattazione di tematiche che rivestono particolare rilevanza.

ALLEGATO 3

5-07518 Farina Coscioni: Decesso di un uomo nella sala di attesa del reparto di cardiologia dell'ospedale di Verona.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, sulla base delle notizie acquisite a cura della Prefettura di Verona, presso la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Il paziente, dopo il ricovero presso il Reparto di Cardiocirurgia del Polo Chirurgico « P. Confortini » di Verona, risalente al 12 giugno 2012, per intervento di sostituzione della valvola aortica e radice aortica, venne trasferito il successivo 20 giugno presso una diversa struttura di ricovero specializzata per la riabilitazione cardiologica, non facente parte dell'azienda ospedaliera, dove avrebbe dovuto rimanere per circa tre settimane e dalla quale, anticipatamente rispetto alla data prevedibile, il paziente si è dimesso di propria iniziativa.

Il 12 luglio scorso, alle ore 22.29, il paziente si è presentato al Pronto Soccorso dell'azienda ospedaliera lamentando un dolore toracico; alle ore 23.34 è stato visitato e sottoposto ad una serie di esami, elettrocardiogramma e Rx torace. Dalle indagini condotte è stata riscontrata una broncopolmonite sinistra in corrispondenza del punto dolente.

Il paziente è stato pertanto dimesso alle ore 01.22 con la prescrizione di analgesici e antibiotici.

In data 15 luglio 2012, di propria iniziativa e senza prenotazione, il paziente si è presentato al citato reparto di cardiocirurgia per un controllo della ferita.

Il 17 luglio, munito di una prescrizione per visita cardiocirurgia senza richiesta

di urgenza per « accertamenti », il paziente si è recato al Poliambulatorio del Polo Chirurgico « P. Confortini » per sottoporsi alla visita prenotata, ed anticipata da uno dei chirurghi in risposta ad una sollecitazione del paziente stesso.

Intorno alle 9.00, mentre si trovava in attesa del proprio turno, il paziente è stato colto da un episodio sincopale, per fronteggiare il quale ha ricevuto il soccorso dapprima di un cardiologo e successivamente di due chirurghi.

Constatata l'assenza di polso e la perdita di coscienza, i sanitari accorsi hanno effettuato delle manovre di rianimazione cardiopolmonare, che ne ha permesso in 20-30 secondi circa la ripresa.

L'anestesista è giunto sul posto dopo un minuto circa, effettuando le successive manovre di rianimazione secondo protocollo, rese necessarie dalla ricomparsa di un arresto cardiocircolatorio, malgrado l'esclusione della presenza di un versamento pericardico tamponante mediante eco cardioscopia sottocostale.

Il paziente è stato quindi trasportato presso lo *shock room* del Pronto Soccorso centrale, intorno alle ore 9.45 circa, continuando il massaggio cardiaco esterno e la ventilazione assistita.

Le successive manovre rianimatorie sono risultate inefficaci, e sono state interrotte dopo un ragionevole lasso di tempo, dichiarando il decesso del paziente.

L'Ufficio di Polizia presso l'Ospedale di Borgo Trento ha segnalato l'episodio alla

Procura della Repubblica di Verona, che ha disposto l'esame autoptico sulla salma.

Presso la Procura della Repubblica di Verona, in data 18 luglio 2012, è stata presentata una denuncia per violazione dell'articolo 589 del codice penale in danno del paziente. È stato pertanto in-

staurato, presso la Procura della Repubblica di Verona, un procedimento penale.

Alla luce delle notizie acquisite e tenuto conto, in particolare, dell'indagine in corso, il Ministero della salute non ritiene, allo stato attuale, di dover assumere ulteriori iniziative.