

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

##### SEDE CONSULTIVA:

DL 133/14: Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive. C. 2629 Governo (Parere alla VIII Commissione) (*Esame e rinvio*) ..... 80

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 84

##### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.NA.S.).

Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano (*Svolgimento e conclusione*) ..... 84

##### SEDE CONSULTIVA

*Giovedì 25 settembre 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU.*

##### **La seduta comincia alle 13.40.**

**DL 133/14: Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive.**

**C. 2629 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente e relatore*, ricorda che la Commissione è convocata, in sede consultiva, per il parere

alla VIII Commissione (Ambiente), sul disegno di legge C. 2629, di conversione del decreto-legge n. 133/2014, recante misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive.

Poiché la Commissione di merito potrebbe concludere l'esame nella seconda metà del mese di ottobre, considerato il grande interesse per le norme di competenza della XII Commissione, sarebbe dell'avviso di esprimere il parere sul testo originario del decreto-legge, riservandosi di riconvocare la Commissione per l'espressione di un secondo parere ove le modifiche apportate nel corso dell'esame in sede referente siano di natura sostanziale.

Passando ad illustrare le parti del decreto legge di competenza della XII Commissione, fa presente come, seppur esiguo

come numero di disposizioni interessate, rivestono tuttavia una significativa importanza per la relativa portata fortemente innovativa nel settore degli investimenti privati nelle strutture ospedaliere.

Tale rilevanza va intanto attribuita a suo avviso all'articolo 16, che riguarda l'ex Ospedale San Raffaele di Olbia.

L'articolo 16 prevede due deroghe per la Regione Sardegna, esclusivamente per il triennio 2015-2017, allo scopo di favorire, in via sperimentale, la partecipazione di un investimento straniero da realizzarsi nell'ospedale ex San Raffaele di Olbia.

Alla Regione Sardegna è consentito, per il triennio in questione, di non tenere conto dei criteri dettati dall'articolo 15, co. 13, lett. c), del decreto-legge n. 95 del 2012 (L. 135 del 2012), in tema di riduzione dello standard dei posti letto accreditati nel predetto ospedale ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale; in ogni caso la Regione deve assicurare, mediante la trasmissione della necessaria documentazione al Ministero della salute, l'approvazione di un programma di riorganizzazione delle rete ospedaliera volta a garantire, a decorrere dal 1° gennaio 2018, il rispetto dei parametri nazionali previsti includendo nel computo anche quelli relativi al nuovo ospedale di Olbia (comma 1).

L'articolo 15, co. 13, lett. c) del citato decreto-legge n. 95 del 2012 ha disposto la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del servizio sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti (precedentemente il livello era di 4 posti letto ogni mille abitanti), comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, come peraltro previsto dall'Intesa del Patto per la Salute 2010-2012 sancita il 3 dicembre, con un conseguente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri. La regione Sardegna ha recepito la misura indicata con legge regionale n. 21 del 2012.

La Regione è autorizzata, inoltre, nel medesimo triennio, ad incrementare fino al 6 per cento il tetto di incidenza della spesa per l'acquisto di prestazioni sanita-

rie fornite da soggetti privati, stabilito all'articolo 15, co. 14, del citato decreto-legge n. 95 del 2012. Tale incremento è da realizzare in attesa dell'adozione del provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera indicato al precedente comma 1 (comma 2).

Il citato comma 14 dell'articolo 15, decreto-legge n. 95 del 2012 stabilisce una riduzione della spesa complessiva annua dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento dal 2014, rispetto al valore di spesa consuntivato nel 2011, per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite da privati accreditati. Per conseguire tale obiettivo, la regione o la provincia autonoma applica, a tutti i contratti ed accordi previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 di attuazione del riordino della disciplina in materia sanitaria, o agli eventuali atti di programmazione, vigenti nel 2012, una riduzione, in percentuale fissa, del volume delle attività prestate e del relativo importo erogato. La misura di contenimento della spesa si aggiunge alle misure adottate dalle Regioni o dalle province autonome. Ai sensi dell'articolo 17, co. 1, lettera a), terzo periodo, del decreto-legge n. 98 del 2011 (L. 111 del 2011), inoltre, la rideterminazione della spesa conseguita nel 2012 costituisce il parametro per la riduzione della spesa sanitaria regionale riguardante gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati, a partire dall'esercizio 2013.

In merito ai profili finanziari, i maggiori oneri derivanti dalle deroghe concesse in via per il solo triennio 2015-2017 sono in ogni caso finanziati da risorse aggiuntive a carico della regione.

Ricorda infatti che, ai sensi dell'articolo 1, co. 836, della L. 296 del 2006, la regione Sardegna provvede, a decorrere dal 2007, al finanziamento del proprio fabbisogno sanitario senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

In proposito ricorda che il 12 dicembre 2013, la regione Sardegna aveva già siglato,

insieme alla Qatar Foundation e all'Ospedale Bambino Gesù, una manifestazione di intenti per l'attivazione, nell'Ospedale ex San Raffaele di Olbia – struttura mai completamente realizzata e, pertanto, mai attivata, anche a causa dell'avvio di una procedura di concordato preventivo – di un presidio ospedaliero ad alta qualificazione sanitaria per l'area di Olbia-Tempio e, con apposita intesa, di un polo di ricerca.

A tale atto è seguita, il 16 maggio 2014, un'intesa per l'attivazione di un tavolo tecnico sanitario per la specifica definizione dei contenuti dell'offerta e dell'attività del nuovo ospedale e del polo di ricerca nell'area territoriale della Gallura.

Il 22 maggio 2014, inoltre, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra il Governo, la regione autonoma della Sardegna e la Qatar Foundation Endowment – ente privato non-profit che opera, tra l'altro, nel campo della ricerca scientifica e della salute – per l'acquisizione della struttura ospedaliera privata di proprietà dell'IRCCS Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, a seguito del quale, il 25 giugno 2014, il Governo ha assunto l'impegno, con nota congiunta del Sottosegretario e del Ministro della salute, che lo ha confermato anche nel corso della sua audizione davanti alla XII Commissione in data 22 luglio scorso, di intervenire per introdurre, mediante provvedimento di urgenza, le deroghe recate dall'articolo in esame per il triennio 2015-2017.

Dopo l'intesa, la Giunta della regione Sardegna ha approvato la deliberazione n. 24/1 del 26 giugno 2014 preliminare all'avvio delle procedure per l'attivazione dell'ospedale e del polo di ricerca nell'area territoriale della Gallura, cui ha fatto seguito l'8 luglio 2014, l'approvazione definitiva con deliberazione n. 26/8.

Dai dati riportati nell'audizione del Ministro per la salute del 22 luglio risulta che per tale struttura si prevede un'offerta nel settore della degenza, dell'attività specialistica e ambulatoriale e dei servizi sanitari, caratterizzata inoltre da attività di

riabilitazione ad alta intensità neurologica e centro di eccellenza della medicina sportiva. Le attività, da avviare a marzo 2015, dovrebbero riguardare inizialmente 178 posti letto – di cui 108 per acuti e 70 per post-acuti –, subordinatamente al rilascio dell'autorizzazione dell'accreditamento istituzionale. Al termine di un anno dall'avvio dell'attività è previsto il completamento dell'offerta assistenziale con l'attivazione di un numero fino a 242 posti letto accreditati.

In base a quanto rilevato dalla missione di studio a Cagliari e Olbia da parte di una delegazione della Commissione affari sociali della Camera, in merito al completamento e al rilancio dell'ex Ospedale San Raffaele, su cui ha personalmente riferito il 23 luglio 2014, i costi dell'operazione da parte dell'investitore privato sono stati stimati intorno ad 1 miliardo di euro, dei quali, nell'ambito della stessa missione, sono stati chiesti chiarimenti circa i modi e i tempi di recupero.

Tali costi vanno ovviamente valutati anche alla luce della previsione dei ricavi previsti che, per i primi dieci anni, ha visto la Regione Autonoma della Sardegna e la Fondazione qatarina concordare un tetto di spesa massima in regime di accreditamento pari a 55,6 milioni di euro/anno.

La straordinarietà dell'impegno del Governo per rendere possibile l'investimento straniero, che ha addirittura comportato le due modifiche legislative che verrebbero introdotte dalla presente norma, non sembra dunque risiedere soltanto nel valore di qualità garantito dalla nuova offerta sanitaria, ma anche e soprattutto dalle ipotesi di cooperazione con la Qatar Foundation nelle politiche di sviluppo, in materia di ricerca, di ICT, di energia, che potrebbero rappresentare una nuova frontiera per il rilancio dell'intera economia della Sardegna.

Fa presente, poi, che un'altra norma che incide su materie di competenza della XII Commissione è contenuta nell'articolo 28, volto ad introdurre Misure urgenti per migliorare la funzionalità aeroportuale, i cui commi da 4 a 7 riguardano lo svolgimento del servizio di pronto soccorso

aeroportuale con il fine di ridurre e razionalizzare gli oneri a carico dello Stato per l'espletamento dei servizi aeroportuali negli aeroporti civili ed in quelli aperti al traffico civile.

Con questo obiettivo, il comma 4 pone i costi della gestione del pronto soccorso aeroportuale a carico del gestore dell'aeroporto — ovvero del soggetto al quale è affidato il compito di gestire le infrastrutture aeroportuali e di coordinare e controllare le attività dei vari operatori presenti nello scalo — che ha sottoscritto la convenzione con l'ENAC per la gestione totale dello scalo.

Per evitare possibili contenziosi sulla responsabilità e sugli oneri del servizio di pronto soccorso, il comma 5 stabilisce che, in via transitoria, fino all'approvazione da parte dei Ministeri competenti delle convenzioni tra soggetti terzi ed ENAC per la gestione totale degli aeroporti, gli oneri relativi al servizio di pronto soccorso negli aeroporti a diretta gestione dello Stato (ad esempio Roma Urbe, Lampedusa, Pantelleria) rimangono a carico del Ministero della salute.

In attesa di una convenzione per lo svolgimento del servizio di pronto soccorso aeroportuale da stipulare tra Ministero della Salute, ENAC e gestori aeroportuali, i costi del servizio rimangono a carico del Ministero della salute anche in quegli aeroporti in cui il servizio è stato assicurato dal Ministero della salute sulla base di una apposita convenzione con la Croce rossa (comma 6).

Il comma 7 dispone infine che, per definire un livello uniforme nello svolgimento del servizio di pronto soccorso sanitario, entro il 31 ottobre 2014, l'ENAC dovrà elaborare linee guida per i gestori aeroportuali per l'individuazione degli standard delle prestazioni e i requisiti minimi del servizio, nonché l'attivazione da parte dei gestori aeroportuali di procedure di scelta del contraente ispirate a criteri di concorrenza e trasparenza.

In proposito segnala l'opportunità di un coinvolgimento del Ministero della salute nella predisposizione delle linee guida.

Per quanto riguarda il servizio di pronto soccorso sanitario aeroportuale, ricorda che il medesimo eroga le prestazioni sanitarie di primo intervento, compreso il trasporto al più vicino presidio sanitario pubblico, a tutti i cittadini italiani e stranieri a qualunque titolo presenti in aeroporto.

Con il decreto ministeriale del 12 febbraio 1988, il Ministero della salute ha affidato all'Associazione italiana della Croce rossa lo svolgimento del servizio di pronto soccorso sanitario negli aeroporti civili ed in quelli aperti al traffico aereo civile, direttamente gestiti dallo Stato. I rapporti tra il Ministero della salute e l'Associazione italiana della Croce rossa sono stati regolati nel dettaglio mediante una convenzione, secondo quanto previsto dallo stesso decreto ministeriale.

Il quadro normativo è stato modificato dal riordino della Croce rossa avvenuto con il decreto legislativo n. 178/2012, che ha previsto una graduale privatizzazione dell'Associazione Croce Rossa e la costituzione di una associazione privata di interesse pubblico, l'Ente Croce Rossa, da qualificarsi come associazione di promozione sociale, alla quale trasferire tutti i compiti svolti prevalentemente da volontari. L'attuale Ente Croce Rossa Italiana continua ad essere un ente pubblico — senza modificarsi in Ente Strumentale alla Croce Rossa — fino al 31 dicembre 2014, mentre dal 1° gennaio 2014 si sono trasformati in associazioni di diritto privato i Comitati locali e provinciali della Croce rossa. Attualmente la Croce rossa ha dunque una struttura territoriale a gestione diversificata: i livelli centrale/regionale permangono nel perimetro dell'ente pubblico fino al 31 dicembre 2014, mentre i livelli provinciale/locale (salvo i Comitati Provinciali di Trento e Bolzano), dal 1° gennaio 2014 si sono trasformati in associazioni di diritto privato, accedendo alla gestione privatizzata pur permanendo nel quadro dell'Associazione (e non dell'Ente).

La convenzione discendente dal decreto ministeriale del 12 febbraio 1988 fra Ministero della salute e Associazione della

Croce rossa per la gestione del servizio di pronto soccorso aeroportuale scadrà quindi naturalmente il 31 dicembre 2014, se stipulata con i livelli centrale/regionale. Alla stessa data scadranno le convenzioni stipulate a livello locale con la Croce rossa, prorogate per il 2014 da una apposita convenzione del dicembre 2013 fra gestori degli aeroporti, Croce rossa e Ministero della salute.

Ricorda infine, l'articolo 42 (Disposizioni in materia di finanza delle Regioni), il cui comma 1 concerne il contributo alla finanza pubblica delle regioni a statuto ordinario disposto dall'articolo 46, commi 6 e 7, del decreto legge n. 66 del 2014 e pari complessivamente a 500 milioni di euro per l'anno 2014 e a 750 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017. Il comma 1, in particolare, interviene su alcune voci di spesa della finanza regionale (per un ammontare complessivo di 500 milioni) che, in base ad un'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 29 maggio 2014, dovrebbero essere effettuate nei limiti dell'obiettivo programmatico di spesa già fissato, e quindi incluse nel Patto di stabilità ovvero già scontate nei tendenziali di indebitamento netto.

Ricorda, infine, che per quanto di interesse della Commissione XII, sono comprese tra queste spese i contributi e i benefici a favore degli studenti, anche con disabilità (per 15 milioni di euro) e il Fondo per il diritto al lavoro dei disabili (per 20 milioni di euro).

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

**La seduta termina alle 13.55.**

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.55 alle 14.10.

**INDAGINE CONOSCITIVA**

*Giovedì 25 settembre 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU.*

**La seduta comincia alle 14.10.**

**Indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.NA.S.).**

**Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso. Se non vi sono obiezioni rimane così stabilito.

Introduce, quindi, l'audizione.

Il dottor Carlo LUSENTI, *assessore alle politiche per la salute della regione Emilia-Romagna*, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono quindi, per formulare quesiti ed osservazioni, i deputati Anna Margherita MIOTTO (PD), Pierpaolo VARGIU, presidente e Giulia GRILLO (M5S).

Il dottor Carlo LUSENTI, *assessore alle politiche per la salute della regione Emilia-Romagna*, interviene in replica.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ringrazia l'assessore Lusenti e dichiara quindi conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 14.50.**

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*