

XVII LEGISLATURA

# BOLLETTINO

## DELLE GIUNTE E DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

### INDICE

GIUNTA DELLE ELEZIONI . . . . .	<i>Pag.</i>	3
GIUNTA PER LE AUTORIZZAZIONI . . . . .	»	4
COMMISSIONI RIUNITE (VI Camera e 6 <sup>a</sup> Senato) . . . . .	»	6
COMMISSIONI RIUNITE (I e II) . . . . .	»	7
COMMISSIONI RIUNITE (V e XII) . . . . .	»	8
COMMISSIONI RIUNITE (VII e X) . . . . .	»	117
COMMISSIONI RIUNITE (VIII e X) . . . . .	»	118
AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI (I) . . . . .	»	119
GIUSTIZIA (II) . . . . .	»	133
AFFARI ESTERI E COMUNITARI (III) . . . . .	»	137
DIFESA (IV) . . . . .	»	153
BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE (V) . . . . .	»	158
FINANZE (VI) . . . . .	»	171
CULTURA, SCIENZA E ISTRUZIONE (VII) . . . . .	»	178

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; Movimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (Fdi-AN); Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-ApI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI); Misto-PSI-PLI.**

AMBIENTE, TERRITORIO E LAVORI PUBBLICI (VIII) .....	<i>Pag.</i>	185
TRASPORTI, POSTE E TELECOMUNICAZIONI (IX) .....	»	189
ATTIVITÀ PRODUTTIVE, COMMERCIO E TURISMO (X) .....	»	200
LAVORO PUBBLICO E PRIVATO (XI) .....	»	206
AFFARI SOCIALI (XII) .....	»	212
AGRICOLTURA (XIII) .....	»	223
COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'ATTUAZIONE DEL FEDERALISMO FISCALE .....	»	224
COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'INDIRIZZO GENERALE E LA VIGILANZA DEI SERVIZI RADIOTELEVISIVI .....	»	225
COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL FENOMENO DELLE MAFIE E SULLE ALTRE ASSOCIAZIONI CRIMINALI, ANCHE STRANIERE .....	»	227
COMITATO PARLAMENTARE PER LA SICUREZZA DELLA REPUBBLICA .....	»	228
COMMISSIONE PARLAMENTARE DI CONTROLLO SULLE ATTIVITÀ DEGLI ENTI GESTORI DI FORME OBBLIGATORIE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE .....	»	229
<i>INDICE GENERALE</i> .....	<i>Pag.</i>	231

## GIUNTA DELLE ELEZIONI

---

### S O M M A R I O

COMITATO PERMANENTE PER LE INCOMPATIBILITÀ, LE INELEGGIBILITÀ E LE DECADENZE .....	3
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	3

#### **COMITATO PERMANENTE PER LE INCOMPATIBILITÀ, LE INELEGGIBILITÀ E LE DECADENZE**

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

Il Comitato, che si è riunito dalle 19.25 alle 20.15, ha proseguito l'istruttoria sulle cariche ricoperte e le funzioni svolte dai deputati ai fini del giudizio sulla ineleggibilità.

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

L'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, si è riunito dalle 20.15 alle 20.25.

## GIUNTA PER LE AUTORIZZAZIONI

### S O M M A R I O

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla cancellazione dall'ordine del giorno della domanda di deliberazione in materia d'insindacabilità nel procedimento penale nei confronti del senatore Silvio Berlusconi, deputato all'epoca dei fatti, pendente presso il Giudice di Pace di La Maddalena (procedimento n. 110/10 RG GDP) (doc. IV-ter, n. 4) .....	4
Sui lavori della Giunta .....	4

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

*Mercoledì 4 giugno 2014. – Presidenza del Presidente Ignazio LA RUSSA.*

#### **La seduta comincia alle 13.20.**

**Sulla cancellazione dall'ordine del giorno della domanda di deliberazione in materia d'insindacabilità nel procedimento penale nei confronti del senatore Silvio Berlusconi, deputato all'epoca dei fatti, pendente presso il Giudice di Pace di La Maddalena (procedimento n. 110/10 RG GDP) (doc. IV-ter, n. 4).**

Ignazio LA RUSSA, *Presidente*, comunica che l'ufficio del giudice di pace della Maddalena ha trasmesso la sentenza, depositata lo scorso 15 novembre 2013, con cui dichiara di non doversi procedere per remissione della querela nei confronti del senatore Silvio Berlusconi, deputato all'epoca dei fatti. Conseguentemente, il doc. IV-ter, n. 4, è cancellato dall'ordine del giorno.

La Giunta prende atto.

#### **Sui lavori della Giunta.**

Ignazio LA RUSSA, *Presidente*, comunica che è pervenuta nella giornata di ieri

la richiesta di autorizzazione all'utilizzo di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni nei confronti del deputato Francantonio Genovese, trasmessa dal giudice per le indagini preliminari del tribunale di Messina, nell'ambito del medesimo procedimento per il quale era stata richiesta la misura cautelare nei confronti del deputato (doc IV, n. 6).

Inoltre, con nota pervenuta in data odierna, il procuratore della Repubblica presso il tribunale di Venezia ha trasmesso alla Presidenza della Camera una domanda – avanzata dal giudice per le indagini preliminari del medesimo tribunale – di autorizzazione l'esecuzione della misura cautelare della custodia in carcere nei confronti del deputato Giancarlo Galan, nell'ambito del procedimento penale n. 12236/13 Rgnr – n. 9476/13 Rg Gip.

La documentazione trasmessa consiste nella sola ordinanza, che sarà quanto prima stampata (doc. IV, n. 8).

Ricorda che, ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del Regolamento, il termine entro il quale la Giunta deve deliberare su quest'ultimo documento scadrà il prossimo venerdì 4 luglio.

Pertanto, anche in ragione della singolare circostanza per cui la richiesta di uso

delle intercettazioni non è stata formulata contestualmente alla richiesta di misura cautelare nei confronti dello stesso deputato, ritiene opportuno esaminare in via prioritaria la domanda relativa al deputato Galan.

Invita quindi fin d'ora il relatore – che ha individuato nel collega Rabino da lui personalmente contattato – a verificare eventuali esigenze istruttorie di integrazione documentale. Ciò al fine di consen-

tire alla Giunta di formulare eventuali richieste di acquisire altri documenti già nella prossima seduta, che convoca sin d'ora per mercoledì 11 giugno 2014, alle ore 13, e di poter concludere tempestivamente l'esame della questione.

La Giunta concorda.

**La seduta termina alle 13.35.**

## COMMISSIONI RIUNITE

### VI (Finanze) della Camera dei deputati e 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro) del Senato della Repubblica

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

#### AUDIZIONI:

Audizione del viceministro dell'economia e delle finanze Luigi Casero, sull'attuazione della delega per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita (*Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, nonché dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento del Senato della Repubblica, e conclusione*) ..... 6

#### AUDIZIONI

Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente della VI Commissione della Camera dei deputati Daniele CAPEZZONE. — Interviene il viceministro dell'economia e delle finanze Luigi Casero.

#### La seduta comincia alle 14.30.

**Audizione del viceministro dell'economia e delle finanze Luigi Casero, sull'attuazione della delega per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita.**

(*Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, nonché dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento del Senato della Repubblica, e conclusione*).

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Introduce, quindi, l'audizione.

Mauro Maria MARINO, *Presidente della 6<sup>a</sup> Commissione Finanze e tesoro del Senato della Repubblica*, svolge alcune considerazioni sull'audizione.

Il viceministro Luigi CASERO svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono, per formulare quesiti ed osservazioni, Daniele CAPEZZONE, *presidente*, Mauro Maria MARINO, *presidente della 6<sup>a</sup> Commissione Finanze e tesoro del Senato della Repubblica*, i deputati Giovanni PAGLIA (SEL) e Pietro LAFRANCO (FI-PdL), il senatore Franco CARRARO (FI-PdL), i deputati Marco CAUSI (PD), Girolamo PISANO (M5S), Carla RUOCCO (M5S) e Francesco RIBAUDO (PD), e la senatrice Maria Cecilia GUERRA (PD), ai quali replica il viceministro Luigi CASERO.

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, ringrazia il viceministro Casero e dichiara conclusa l'audizione.

#### La seduta termina alle 15.45.

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

## **COMMISSIONI RIUNITE**

### **I (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni) e II (Giustizia)**

---

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

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	7
---	---

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle  
13.55 alle 14.05.

## COMMISSIONI RIUNITE

### V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali)

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

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica ( <i>Esame del documento conclusivo e approvazione</i> ) .....	8
ALLEGATO 1 ( <i>Proposta di documento conclusivo</i> ) .....	9
ALLEGATO 2 ( <i>Documento conclusivo approvato</i> ) .....	63

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente della V Commissione, Francesco BOCCIA.*

#### La seduta comincia alle 14.10.

**Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.**

*(Esame del documento conclusivo e approvazione).*

Le Commissioni iniziano l'esame del documento conclusivo.

Francesco BOCCIA, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Presenta ed illustra, quindi, una proposta di documento conclusivo, che tiene

conto delle indicazioni fornite dai gruppi con riferimento a tutti i temi oggetto delle conclusioni del documento stesso (*vedi allegato 1*).

Intervengono in relazione al contenuto della proposta di documento conclusivo presentata i deputati Rocco PALESE (FI-PdL), Donata LENZI (PD), Giuseppe DE MITA (PI), Andrea CECCONI (M5S), Maino MARCHI (PD) e Pierpaolo VARGIU (SCpI).

Francesco BOCCIA, *presidente*, ricevendo le osservazioni svolte dai colleghi, presenta, anche a nome del presidente Vargiu, una nuova versione del documento conclusivo (*vedi allegato 2*).

Nessun altro chiedendo di intervenire, le Commissioni approvano il documento conclusivo (*vedi allegato 2*).

**La seduta termina alle 14.40.**

ALLEGATO 1

**Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute  
tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.**

**PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO**

**Premessa**

**1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi**

*1.1 Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario*

**2. La spesa sanitaria**

*2.1 La spesa per il personale medico e sanitario*

*2.2 La spesa farmaceutica*

*2.3 La spesa per beni e servizi*

**3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano**

*3.1 I piani di rientro*

**4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni**

*4.1 La spending review*

*4.1.1 I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione*

*4.1.2 La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio*

*4.1.3 Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco*

*4.2 La compartecipazione al finanziamento del sistema*

*4.3 Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie*

**5. Conclusioni**

### **Premessa**

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all’evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

In considerazione del nuovo quadro costituzionale, la concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell’anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell’ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell’aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l’acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) hanno ravvisato l’opportunità di svolgere un’indagine conoscitiva concernente “la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”, al fine di:

- 1) effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- 2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- 3) valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso "i costi standard";
- 4) verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- 5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- 6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- 7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- 8) verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite hanno svolto, dal 17 giugno al 30 ottobre 2013, le audizioni dei seguenti soggetti:

- rappresentanti di Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: prof. Elio Borgonovi, presidente del CeRGAS-Bocconi; prof.ssa Sabina Nuti, responsabile del laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; prof. Davide Croce, direttore del Centro di Ricerca in Economia e Management di Sanità e nel Sociale (CREMS) della LIUC Cattaneo; prof. Gualtiero Ricciardi, coordinatore del Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle regioni italiane;
- Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*; rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato; Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO); Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);
- rappresentanti di sindacati di categoria: CGIL, CISL,UIL e UGL – Sindacato autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-

ASSOMED), Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG), Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI) e Associazione italiana odontoiatri (AIO);

- rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione delle società medico scientifiche (FISM), della Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (FISPEOS), del Sindacato dei medici italiani (SMI), della Federazione veterinari e medici (FVM), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), del Segretariato italiano giovani medici (SIGM), di Federfarma, della Federazione ordini farmacisti italiani, del Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del SSN (Si.Na.F.O.) e di Assobiomedica;

- rappresentanti di Farindustria, Associazione nazionale industrie farmaci generici (Assogenerici), Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie Assobiotec– Federchimica, Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (F.A.V.O.), Osservatorio italiano salute globale e Movimento decrescita felice;

- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);

- rappresentanti dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Associazione nazionale sanità integrativa (ANSI), del Fondo assistenza sanitaria integrativa (FASI), della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S);

- rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, della Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato-Regioni (STEM), di Confindustria, della CONSIP e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

- dott. Francesco Massicci, Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della RGS;

- Ministro della salute, Beatrice Lorenzin;

- Ministro dell'economia e delle finanze, Fabrizio Saccomanni;

## 1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi.

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta di una norma che è al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce, e precettiva, in quanto implica che l'individuo, come cittadino, vanti nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute, intesa non solo come bene personale, ma anche come bene della collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Sul piano legislativo la realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, essenzialmente attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. L'aspetto peculiare della riforma del 1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali, ossia le strutture operative dei Comuni, singoli o associati alle Comunità Montane, preordinate a soddisfare le esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

**Con il decreto legislativo n. 502 del 1992 si è assistito ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.); il principio di aziendalizzazione, la riduzione del numero delle USL; il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni; la libera scelta del cittadino; l'istituzione delle figure di Direttore generale, di Direttore sanitario aziendale e di Direttore Amministrativo; l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale; l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 112 del 1998 si è disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residuali riservati allo Stato. Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata, e in alcuni casi a livello di amministrazione attiva.**

La regionalizzazione del Sistema venne quindi rafforzata con la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il *“complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”*.

Infine, nel 2001, con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo

la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale (L.E.A.), mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute: in tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) individuano le prestazioni sanitarie e sociosanitarie garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini tramite le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, e sono definiti, di norma, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

In particolare, l'articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome, ha disciplinato la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

Più in dettaglio, il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM 5 marzo 2007, distingue tra prestazioni garantite, a carico del SSN, individuate nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale (medicina di base e di emergenza, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e specialistica ambulatoriale) e nell'assistenza ospedaliera, e prestazioni a carico del cittadino, come gli interventi di chirurgia estetica, l'erogazione di medicine non convenzionali, delle vaccinazioni non obbligatorie, ecc.

L'esigenza di una revisione dei L.E.A. è stata ribadita dall'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 – cosiddetto decreto Balduzzi - che ne ha previsto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2012, con prioritario riferimento alle malattie croniche e alle malattie rare, nonché con riferimento alle prestazioni rivolte alle persone affette da ludopatia. Il relativo schema di decreto è attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In tema di riparto delle competenze, nel corso dell'indagine conoscitiva, gli auditi hanno lamentato, in modo diverso e a seconda del settore di riferimento, notevoli differenze territoriali nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sollecitando un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei L.E.A. omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali.

**In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione**

**dei servizi sanitari.** A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione. **A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".**

### *1.1. Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario.*

Attualmente il sistema sanitario è caratterizzato da servizi regionali profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In particolare, è stato sottolineato come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessiti di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale italiano, non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli, sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani.

In effetti, la crisi economica e il cambiamento delle dinamiche demografiche hanno determinato, negli ultimi anni, l'adozione di politiche nazionali e regionali diverse dal passato anche in tema di assistenza. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, ad esempio, le misure adottate hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a

scapito del ricovero in regime ordinario, che viene riservato alle patologie gravi, con un sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*<sup>1</sup>.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *équipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

---

<sup>1</sup> E' all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Lo schema contiene l'indicazione programmatica di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del SSN in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale, posto che la rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale primaria.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

Recentemente l'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012 ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). In particolare, le unità complesse di cure primarie dovranno privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le AFT e le UCCP forniranno le prestazioni attraverso personale convenzionato con il SSN, ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti che operano sul territorio.

Tuttavia il decreto-legge n. 158 del 2012 non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto, quindi, la situazione si presenta diversa a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, invece, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. **Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.**

## **2. La spesa sanitaria.**

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi<sup>2</sup>. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, eccetera.

---

<sup>2</sup> Secondo quanto riportato nel documento dell'aprile 2013 della Ragioneria generale dello Stato "La spesa pubblica in Europa - anni 2000-2011", la spesa sanitaria dell'Unione europea è infatti passata dal 7,6 per cento del Pil nel 2009 al 7,3 per cento nel 2011. Analogo andamento si è registrato in Italia, ove tale spesa è scesa dal 7,3 per cento nel 2009 al 7,1 per cento nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi di consuntivo.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento nel 2012. Tale aggregato di spesa, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, dai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e dalle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Un aggregato di spesa complessivo concernente il settore sanitario è invece esposto nel Conto della Pubblica Amministrazione. Il consolidamento dei conti del settore viene effettuato a consuntivo dall'Istat sulla base dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, facendo riferimento ai soggetti operatori: le prestazioni sono infatti erogate agli utenti direttamente attraverso le strutture del Servizio sanitario nazionale, o indirettamente attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati<sup>3</sup>. Sotto tale profilo, pertanto, la spesa sanitaria si divide in quella riconducibile ai produttori di beni e servizi *non market* - per le prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSN - e nella spesa riconducibile a prestazioni erogate da produttori *market* (erogate, quindi, per conto del SSN e da questo remunerate).

Secondo i dati ISTAT la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore – 110,8 miliardi circa - pari al 7,1 per cento del PIL nel 2012. Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di spesa sanitaria privata, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta tra le più basse dei paesi avanzati, attestandosi sia sotto la media OCSE, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei paesi UE-15, pari al 10 per cento.

I dati della tabella che segue mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dal 2000 al 2011, che riguarda indistintamente i tre modelli sanitari: universalistici (Italia), assicurativi (USA), mutualistici (Germania).

*Spesa complessiva in percentuale rispetto al PIL e sua suddivisione tra pubblica e privata (a sua volta divisa in out-of-pocket o spesa delle famiglie e assicurata) in alcuni Paesi del mondo<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> Le prestazioni sanitarie costituiscono la parte preponderante delle prestazioni sociali in natura, mentre la parte restante è costituita da prestazioni di tipo assistenziale.

<sup>4</sup> Si veda la documentazione presentata dal prof. Davide Croce, direttore CREMS, nel corso della sua audizione presso le Commissioni riunite V e XII nella seduta del 17 giugno 2013.

	PUBBLICA				PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREKS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Australia	8,1%	9,0%	66,8%	68,5%	19,8%	19,8%	13,4%	11,7%	2.253	3.692
Brasile	7,2%	8,9%	40,3%	45,7%	38,0%	31,3%	21,7%	22,9%	503	1.043
Russia	5,4%	6,2%	59,9%	59,7%	30,9%	35,4%	10,5%	4,9%	369	1.316
India	4,3%	3,9%	26,0%	31,0%	66,1%	59,4%	6,1%	9,6%	65	141
Cina	4,6%	5,2%	38,3%	55,9%	59,0%	34,8%	2,7%	9,3%	108	242
Sudafrica	8,3%	8,5%	41,3%	47,7%	13,0%	7,2%	46,4%	45,1%	552	942
Canada	8,8%	11,2%	70,4%	70,4%	15,9%	14,4%	13,7%	15,2%	2.519	4.520
Giappone	7,6%	9,3%	80,8%	80,0%	15,4%	16,4%	3,8%	3,6%	1.974	3.174
USA	13,4%	17,9%	43,2%	45,9%	14,5%	11,3%	42,3%	42,8%	4.703	8.608
<b>Italia</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,5%</b>	<b>72,5%</b>	<b>77,2%</b>	<b>22,6%</b>	<b>19,9%</b>	<b>3,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2.064</b>	<b>3.130</b>
Francia	10,1%	11,6%	79,4%	76,7%	7,1%	7,5%	13,5%	15,8%	2.546	4.085
Germania	10,4%	11,1%	79,5%	75,9%	10,4%	12,4%	10,0%	11,7%	2.679	4.371
Spagna	7,2%	9,4%	71,6%	73,6%	23,6%	20,1%	4,9%	6,3%	1.538	3.041
UK	7,0%	9,3%	78,8%	82,7%	11,4%	9,2%	9,4%	8,1%	1.835	3.322
Svezia	8,2%	9,4%	84,9%	80,9%	13,8%	16,9%	1,3%	2,1%	2.287	3.870
Swizzera	9,9%	10,9%	55,4%	65,4%	33,0%	25,0%	11,6%	9,6%	3.210	5.564

Nel confronto con i principali paesi europei, la spesa sanitaria complessiva dell'Italia in rapporto al PIL risulta di circa due punti percentuali inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. Analoghi risultati emergono eseguendo il raffronto con riferimento alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, che per l'Italia è pari al 7 per cento del PIL.

Guardando ai dati di consuntivo degli anni 2008-2012, si osserva che, come già accennato, la spesa sanitaria assorbe una quota significativa della spesa al netto degli interessi (circa il 15,6 per cento). Il rallentamento della dinamica di crescita rispetto al precedente quinquennio (+1,7 per cento la crescita media annua rispetto al +5,2 per cento del 2003-2007) si accentua nell'ultimo periodo quando, per due anni consecutivi (2011 e 2012), si assiste ad una riduzione in valore assoluto della spesa. La caduta del PIL anche in termini nominali verificatasi nel 2008-2009 e nuovamente nel 2012 ne determina, tuttavia, un'incidenza sul prodotto che si mantiene superiore al 7 per cento. La dinamica osservata nella spesa è effetto di andamenti differenziati nei vari comparti. La seguente tavola analizza l'andamento della spesa con riferimento alla classificazione per operatori, prendendo quindi in considerazione le prestazioni offerte dalle strutture del SSN (c.d. produttori *non market*) e quelle erogate attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati (c.d. produttori *market*). A queste si aggiungono le altre uscite correnti, quali le contribuzioni diverse o le spese relative ai servizi amministrativi, che contribuiscono insieme alle prestazioni in natura alla determinazione della spesa sanitaria complessiva.

## Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
- Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
- Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
- Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
- Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
- Assistenza protesica e balneo termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
- Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
- Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
- Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
- Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
- Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
- Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
- Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
<b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>	<b>108.891</b>	<b>110.474</b>	<b>112.526</b>	<b>111.593</b>	<b>110.842</b>

Come emerge dalla tabella precedente, nel quinquennio 2008-2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta progressivamente in diminuzione, a seguito della crescente efficacia degli strumenti di *governance*. Tale valutazione è stata confermata, e anzi accentuata, dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, riferiti al più ampio orizzonte temporale dal 2000 al 2012, da cui risulta che, nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7 per cento, mentre nel periodo 2006-2012 la crescita media era pari all'1,4 per cento. All'interno di tale secondo periodo, più in particolare, la variazione media annua è risultata pari a circa il 2,5 per cento nel segmento 2006-2010, per scendere poi a - 0,8 per cento nel triennio 2010-2012. Tale ultimo valore deriva da un andamento particolarmente virtuoso registratosi negli anni 2011 e 2012, nei quali la spesa diminuisce non solo in termini reali ma – con un andamento senza precedenti nella recente storia degli andamenti della spesa sanitaria - anche in termini nominali. Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato, come meglio si vedrà in seguito, tutte le componenti della spesa, dal personale (dipendente e convenzionato), ai privati accreditati, ai beni e servizi, fino ad arrivare alla spesa farmaceutica.

Si tratta di una tendenza confermata per il periodo 2013-2017 dal Documento di economia e finanza 2013, come risulta dalla seguente tabella:

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni DEF 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
var % su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
% su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
% su PIL	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

In particolare, la spesa sanitaria è prevista crescere dello 0,2 per cento nel 2013, a fronte di un ritmo più sostenuto nel periodo successivo (+1,9 per cento in media annua). Data una variazione attesa del PIL nominale pari a +3,2 per cento annuo, l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento nel 2017. Aumenta, invece, di 0,4 decimi di punto l'incidenza sulla spesa primaria per la quale si prevede una variazione più contenuta<sup>5</sup>.

L'evoluzione stimata per il periodo 2013-2017 dal Documento di Economia e Finanza dovrebbe essere favorita, secondo quanto segnalato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, dall'implementazione di alcune disposizioni recate dalla disciplina attuativa del federalismo fiscale. Si tratta, innanzitutto, del decreto legislativo n. 68 del 2011, per la parte relativa ai fabbisogni del settore sanitario, laddove si prevede l'individuazione di tre regioni *benchmark*, sulla base di requisiti sia finanziari, quali l'equilibrio di bilancio, che qualitativi - come ad esempio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza - che consentirà l'individuazione di parametri di riferimento, per la *governance* delle altre regioni, basati sia sulla spesa che sulla qualità dei risultati. In secondo luogo, si tratta del decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili, che consentirà una migliore individuazione, nell'ambito del bilancio regionale, dell'area del finanziamento sanitario<sup>6</sup>.

Nel corso dell'indagine conoscitiva sono state affrontate le problematiche concernenti l'andamento di alcune spese dianzi menzionate che incidono in misura significativa sulla complessiva spesa sanitaria: la spesa per il personale medico e sanitario, la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

<sup>5</sup> Come precisato dal DEF, gli andamenti descritti riflettono il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento, i risultati per il 2012, nonché l'efficacia delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti.

<sup>6</sup> In ordine a tale provvedimento la Conferenza delle regioni, per altro, ha evidenziato alcune criticità, con riguardo in particolare: all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio in cui sono stati acquisiti; obbligo che ha effetti negativi sugli investimenti medesimi, in presenza di un finanziamento degli stessi che avviene prevalentemente con risorse provenienti dal Fondo sanitario nazionale o da risorse proprie regionali; all'innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti), che comporta un appesantimento degli oneri a carico delle aziende.

### **2.1. La spesa per il personale medico e sanitario.**

Allo stato attuale la spesa per il personale del sistema sanitario ammonta a oltre 36 miliardi di euro, rappresentando uno dei maggiori aggregati di spesa (circa un terzo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) e, quindi, uno dei principali fattori su cui incidere ai fini della razionalizzazione dei costi per la sanità.

Tale spesa, dopo essere cresciuta in media del 5,4 per cento negli anni dal 2000 al 2006, rallenta ad un incremento medio dell'1,4 per cento dal 2006 al 2010, per diminuire poi in termini anche nominali nell'ultimo biennio (-2,1 per cento annuo). In media la spesa per il personale è scesa dell'1,3 per cento. Si è infatti passati dai 36,618 miliardi del 2010 ai 36,149 miliardi del 2011. La maggior parte della spesa per il personale è imputabile al ruolo sanitario (dirigenti medici e non medici e comparto del ruolo sanitario); da notare che dal confronto dei due anni appare che l'incidenza dei dirigenti medici sul totale del costo del personale è diminuita passando dal 37,2 per cento al 36,9 per cento. Per contro, l'incidenza del comparto del ruolo sanitario è aumentata arrivando a sfiorare il 40 per cento.

Come per altro precisato nell'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, tale riduzione non è dovuta solo a misure straordinarie ma anche a interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di cui si dirà in seguito, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori.

Per quanto attiene al costo medio, il costo del personale delle Regioni si attesta ad un valore, sempre per il 2011, pari a 56.240 euro, sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (+0,4 per cento), anche per l'effetto delle manovre che hanno portato al congelamento della contrattazione collettiva in quasi tutto il pubblico impiego. Il *range* tra il valore minimo ed il valore massimo del costo medio del personale tra le Regioni, esclusa la Provincia di Bolzano, è pari a circa 14.000 euro.

Si rileva una forte variabilità nei dati sia nel confronto tra Regioni sia all'interno delle Regioni stesse. Difatti, dalla comparazione tra i costi medi dei singoli ruoli delle regioni sono riscontrabili differenze che arrivano a 30.000 euro, mentre all'interno della stessa regione possono raggiungere picchi di quasi 50.000 euro annui. Queste differenze sono da imputare principalmente alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del Servizio sanitario regionale, in quanto le voci retributive di base sono stabilite da contratti di comparto con validità nazionale.

E' stato evidenziato quindi che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori. Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli standard assistenziali senza incrementi di personale. **In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.**

Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti *over 55* è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. Tale fenomeno, che vede la presenza di 115 mila medici nell'arco di età tra 51-59 anni, ossia circa un terzo del totale, perdurando le restrizioni all'ingresso di nuovi medici, potrebbe tradursi nel prossimo futuro in una riduzione dell'offerta sanitaria. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo.

In questo quadro, appare necessario indagare alcuni comportamenti che le regioni possono porre in essere per supplire alle carenze di personale, che si possono verificare dopo lunghi periodi di blocchi del *turn-over*, ad esempio esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e utilizzo di personale in convenzione. Questo spostamento dalle forme "classiche" di acquisizione delle risorse umane deve essere monitorato e studiato con attenzione, in quanto rappresenterà per il futuro una voce sempre più importante di spesa del Servizio sanitario.

Occorre, inoltre, studiare la notevole variabilità dei dati all'interno della stessa Regione. Infatti il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di alcune voci che, quindi, possono variare in relazione all'ammontare dei cosiddetti fondi integrativi aziendali. Una errata determinazione dei fondi, effettuata la prima volta nel 1996, e una non corretta applicazione degli incrementi contrattuali previsti nel corso degli anni, potrebbe essere la causa di questa notevole variabilità dei dati.

E' stato altresì rilevato che dagli approfondimenti effettuati relativi all'eventuale correlazione tra i costi della dirigenza di vertice e la popolazione residente, ovvero tra questi e il reddito della popolazione medesima, è emerso che il costo medio della dirigenza di vertice non è statisticamente correlato alle variabili osservate (popolazione, reddito medio e finanziamento pro-capite), ma dipende esclusivamente dalle scelte politico-finanziarie delle Regioni.

## 2.2. La spesa farmaceutica.

La spesa farmaceutica è costituita da due componenti: la farmaceutica territoriale e la farmaceutica ospedaliera. La spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate, attraverso la distribuzione diretta, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La spesa farmaceutica ospedaliera indica invece la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

Le due componenti hanno manifestato negli ultimi anni dinamiche contrastanti: la spesa farmaceutica ospedaliera è cresciuta significativamente, a fronte di un rilevante contenimento di quella territoriale verificatosi anche grazie ai ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci e alle ulteriori misure relative agli aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, come meglio si vedrà in seguito.

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale mostra un andamento decrescente pari al -3 per cento medio annuo già nel periodo 2006-2010, fino ad arrivare al -8,5 per cento medio annuo nel periodo 2010-2012. La costanza di tali decrementi ha fatto sì che l'ammontare di tale spesa risulti, nell'anno 2012, inferiore anche in valore assoluto rispetto all'anno precedente (-2,5 miliardi circa). Questo processo è stato favorito dalla circostanza che negli ultimi anni si è osservata una costante diminuzione del prezzo medio dei farmaci, in relazione alla scadenza brevettuale di taluni medicinali e alla conseguente immissione in commercio di farmaci generici con prezzo inferiore.

Un andamento diverso è stato invece osservato in relazione alla spesa per farmaci ospedalieri, che negli anni scorsi ha avuto un *trend* di crescita significativo (superiore al 12 per cento medio annuo nel periodo 2006-2010), comunque notevolmente ridotto nell'ultimo biennio, nel quale è cifrabile a circa il 4 per cento. Si tratta infatti di un settore che risente dell'immissione in commercio di farmaci innovativi e quindi molto costosi (ad esempio i farmaci oncologici). Sulla base della legislazione vigente, fino all'anno 2012, il superamento del tetto di spesa previsto nel settore, al contrario di quanto previsto per la farmaceutica territoriale, non comportava conseguenze finanziarie negative a carico delle aziende produttrici. Dal 2013, viceversa, anche alla spesa farmaceutica ospedaliera si applica il meccanismo del *pay-back*, sebbene solo con riferimento al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva gli *stakeholders* del settore farmaceutico hanno invece lamentato la depressione del settore che, a loro avviso, è dovuta principalmente alla compressione dei ricavi derivante dalla riduzione dei prezzi dei medicinali, alla particolare incidenza del peso di alcune voci di costo, quali la logistica, la burocrazia e i costi associati all'energia - maggiori in Italia rispetto alla media europea -, ai tempi di pagamento delle strutture pubbliche - in media attestati sui 250 giorni - nonché all'esistenza dei tetti di spesa farmaceutica, inaspriti a seguito delle recenti manovre finanziarie<sup>7</sup>.

Sul costo dei farmaci incide in misura significativa la ricerca farmaceutica. E' stato infatti rilevato da più parti come il progressivo aumento dei costi della ricerca ne metta a rischio la stessa sostenibilità per il futuro. In proposito, è stato sottolineato<sup>8</sup> come solo una sostanza ogni 5-10 mila superi con successo i molti test necessari per essere approvata, solo 2 farmaci su 10 consentano di ammortizzare i costi di ricerca e sviluppo e come lo sviluppo di terapie personalizzate e di farmaci, come i biotecnologici, sempre più efficaci in risposta ad esigenze terapeutiche complesse, comporti costi sempre più ingenti.

Strettamente legato al tema della sostenibilità delle spese per la ricerca è quello della protezione brevettuale del farmaco. In questo ambito, l'AIFA ha la responsabilità di garantire che ogni farmaco immesso in commercio rispetti tutti i requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia, ma anche quella di gestire l'equilibrio della spesa farmaceutica pubblica. Nel corso dell'indagine conoscitiva sono emerse su questo tema due posizioni distinte, quella delle aziende *originator*, interessate alla tutela della proprietà intellettuale, e quella delle aziende produttrici di farmaci generici, interessate ad accedere al mercato immediatamente dopo la scadenza brevettuale.

In particolare, in materia di regolamentazione dell'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto, le prime hanno evidenziato come la tutela brevettuale appaia basilare perché le industrie del farmaco possano continuare a sostenere gli elevati costi degli investimenti in ricerca e sviluppo, garantendo la certezza della durata della copertura brevettuale, posto che la mancanza di regole certe per l'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto contribuirebbe ad allontanare gli investimenti in ricerca ed innovazione dal nostro Paese<sup>9</sup>, le seconde, invece, hanno proposto l'ampliamento della cosiddetta "clausola Bolar", prevista dalla legislazione comunitaria e recepita in Italia nel Codice dei medicinali, che consente ai produttori di farmaci generici di realizzare lo sviluppo, i *test* ed i lavori sperimentali necessari per la registrazione di un farmaco generico durante il periodo di vigenza del brevetto del prodotto di riferimento; inoltre hanno proposto che i risparmi generati dalle scadenze brevettuali - ammontanti a quasi 4 miliardi di euro negli ultimi

<sup>7</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

<sup>8</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

<sup>9</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

10 anni ma in progressivo aumento con le prossime scadenze brevettuali dei farmaci biologici - siano destinati al finanziamento dell'innovazione<sup>10</sup>.

Infine, sulla questione dell'accesso ai farmaci innovativi, cioè quei farmaci che agiscono su patologie altamente diffuse e utilizzati prevalentemente nelle strutture ospedaliere, come i farmaci oncologici ed antivirali, sono state lamentate l'eccessiva lunghezza dei tempi di accesso all'innovazione, pari ad oltre due anni rispetto alla media europea, e le differenze regionali, derivate dalla esistenza di diversi prontuari regionali e territoriali<sup>11</sup>, nonostante le norme recentemente introdotte dal decreto-legge n. 158 del 2012, il cui articolo 10, come modificato dal successivo decreto-legge n. 69 del 2013, ha cercato di risolvere il problema delle diverse politiche regionali di dispensazione dei farmaci innovativi stabilendo l'immediata disponibilità dei medicinali indipendentemente dal loro inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri nonché una corsia preferenziale di massimo 100 giorni nell'*iter* di classificazione e negoziazione<sup>12</sup>.

### **2.3. La spesa per beni e servizi.**

L'acquisto di beni e servizi è condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che siano efficaci ed efficienti.

Gli acquisti per i beni vengono codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi, che rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, e molto altro ancora. I pagamenti effettuati per questi acquisti risultano pari a 11,3 miliardi di euro nel 2009 (9,41 per cento del totale pagamenti), 11,6 miliardi di euro nel 2010 (9,72 per cento del totale pagamenti) e 11 miliardi di euro nel 2011 (9,27 per cento del totale pagamenti). I pagamenti per acquisti di beni non sanitari (ascrivibili fra l'altro ad acquisti di prodotti alimentari, combustibili, carburanti, supporti informatici, cancelleria, pulizia) costituiscono una quota più modesta del totale della spesa: 1.213 milioni di euro nel 2009 (9,68 per cento del totale della spesa per acquisto di beni), 682 milioni di euro nel 2010 (5,56 per cento del totale della spesa per acquisto di beni) e 607 milioni di euro nel 2011 (5,19 per cento del totale della spesa per acquisto di beni).

<sup>10</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assogenerici.

<sup>11</sup> In proposito, si veda l'audizione di Federfarma.

<sup>12</sup> Federfarma ha lamentato che il tempo di accesso a livello regionale, dopo l'approvazione nazionale, continua ad attestarsi intorno ai 300 giorni, con regioni che mettono a disposizione il farmaco nell'arco di un mese o due, regioni che lo mettono a disposizione anche dopo 700 giorni e regioni che non lo rendono mai disponibile. Sul medesimo tema è intervenuta anche Assobiotec, che ha sottolineato la particolare importanza delle regole di accesso dei farmaci innovativi all'interno dei prontuari terapeutici per attrarre investimenti nel settore farmaceutico, rilevando altresì il *gap* dell'Italia rispetto ad altri Paesi europei, per numero di farmaci innovativi con brevetto lanciati negli ultimi tre anni, differenza che avrebbe rilevanti ricadute economiche.

I pagamenti per acquisti di servizi costituiscono, in media, la parte più consistente dei pagamenti per spesa corrente (circa il 44 per cento del totale pagamenti correnti) e mostrano valori pari a 50,3 miliardi di euro nel 2009, 51 miliardi di euro nel 2010 e 50,8 miliardi di euro nel 2011. La tipologia di pagamenti viene ripartita nelle macro-voci “acquisto di servizi sanitari” ed “acquisto di servizi non sanitari”. I primi rappresentano la parte più consistente dei pagamenti (oltre il 36 per cento del totale pagamenti correnti); gli acquisti per servizi non sanitari costituiscono una parte più esigua, seppur rilevante come massa di pagamenti, del totale spesa corrente (di poco superiore al 7 per cento).

La spesa annua per beni e servizi, al netto dei farmaci ospedalieri, è passata da un incremento medio annuo del 7,6 per cento nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,4 per cento nel periodo 2006-2010, ulteriormente ridotto al 2,8 per cento nel periodo 2010-2012 e con una prevista riduzione di spesa di circa 3 miliardi nel 2013 e 3,8 miliardi a decorrere dal 2014, a seguito di alcune misure introdotte nel 2011 e 2012, da ultimo con la legge di stabilità 2013.

Nel corso della scorsa Legislatura si è cercato di favorire i processi di acquisto rispondenti al criterio dell'offerta economicamente più conveniente attraverso la determinazione dei prezzi di riferimento: passaggio fondamentale non solo per la realizzazione della *spending review* sanitaria, ma anche per il disegno federalista tracciato dal decreto legislativo n. 68 del 2011, di cui si dirà in seguito.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso che, ai fini del contenimento della spesa, la spesa per beni e servizi potrebbe essere opportunamente distinta in tre categorie: la spesa comune, ossia fotocopiatrici, penne, carta e detersivi, identica per tutte le pubbliche amministrazioni; una quota di spesa comune specifica relativa, per esempio, alla manutenzione degli edifici ospedalieri o ambulanze; infine, una spesa specifica destinata a farmaci, presidi, beni economici, siringhe e così via. Per quest'ultima categoria, ad esclusione dei farmaci, è stato evidenziato che più ci si allontana dall'utilizzatore, più si rischia di acquistare in maniera impropria. Pertanto, maggiore è la specificità dell'approvvigionamento e minore dovrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale del bene o del servizio. Allo stesso tempo maggiore è la standardizzazione (ad esempio fotocopiatrici) e maggiore è la quantità richiesta e tanto maggiore potrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale. Per tali ragioni, anche in presenza di interventi di *spending review*, o di costi standard, si rende comunque necessario intervenire contestualmente sull'organizzazione, per rendere più efficaci le predette misure di riduzione della spesa<sup>13</sup>.

### **3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano.**

---

<sup>13</sup> Si veda l'audizione del prof. Croce (CREMS).

Il sistema della *governance* del sistema sanitario è articolato su una precisa differenziazione dei ruoli tra Stato e regioni, secondo cui lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza e garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, e le regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l'erogazione delle prestazioni.

La sede di definizione di tale *governance* è stata individuata dalle Intese Stato-Regioni-Province autonome, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione. Di conseguenza, sulla base di intese in Conferenza Stato-Regioni, è definito annualmente, tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica, il livello di finanziamento del SSN cui contribuisce in via ordinaria lo Stato. L'ammontare di risorse così definito è diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Eventuali spese superiori al finanziamento concordato, conseguenti alle scelte di alcune regioni di erogare livelli di prestazioni superiori ai LEA (e quindi "programmate" in sede di predisposizione dei bilanci regionali) o a una dinamica dei costi non congruente con quella sottesa alla quantificazione del fabbisogno, sono coperti a carico delle singole regioni.

Ciò in base al principio della responsabilità finanziaria delle regioni nella gestione della sanità, sancito a partire dagli Accordi del 2001 e del 2005 e ribadito dai successivi Patti della Salute del settembre 2006 (valido per il triennio 2007-2009) e del dicembre 2009 (relativo al periodo 2010-2012), il cui contenuto è stato recepito dalle leggi finanziarie. La copertura del livello di finanziamento definito in sede di Intesa è assicurata dalle entrate proprie delle ASL e delle aziende ospedaliere, dal gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF e, a copertura integrale del fabbisogno riconosciuto, dall'erogazione di cassa da parte dello Stato delle compartecipazioni all'IVA e all'accisa sulla benzina. In aggiunta a tali risorse, vanno considerati i tributi delle regioni a statuto speciale destinati alla sanità, e la quota del FSN a destinazione vincolata.

Il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato relativo agli esercizi 2008-2012 è riportato nella tabella che segue:

	2008	2009	2010	2011	2012
Livello di finanziamento cui concorre lo Stato ( <i>milioni di euro</i> )	100.609	103.461	105.566	106.800	107.961

Alle suddette risorse, computate ai fini della copertura del cosiddetto fabbisogno indistinto, si aggiungono i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi, nonché i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD

PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali). Risorse pubbliche aggiuntive vengono infine destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

Una volta definito il livello di risorse del SSN, esso è ripartito con indicazione separata del fabbisogno indistinto, relativo al finanziamento dei LEA, e delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le regioni e gli altri enti del SSN). Il fabbisogno indistinto è ripartito secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse avrebbero dovuto essere ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari.

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, per grandi aggregati di spesa, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni benchmark, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Il decreto legislativo n. 68 del 2011 dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria basato sui valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.

Le maggiori novità sono introdotte dall'articolo 27, che vincola la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali all'individuazione delle regioni di riferimento. A tal fine, il Ministro della salute individua cinque regioni da sottoporre per la scelta definitiva alla Conferenza Stato-Regioni. Fra le cinque Regioni, la Conferenza ne seleziona tre, tra cui obbligatoriamente la prima delle cinque, che divengono le regioni di riferimento per il calcolo dei costi standard.

Con la delibera del Consiglio dei ministri 11 dicembre 2012 sono stati definiti i criteri attraverso cui individuare le 5 Regioni eleggibili per definire costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Sulla base dei citati criteri, nel luglio 2013 il Ministero della salute ha selezionato cinque regioni: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra le cinque regioni, la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 5 dicembre 2013, ha individuato le regioni Umbria, Emilia-Romagna e Veneto quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario. A seguito dell'individuazione delle regioni di riferimento, il Ministero della salute ha predisposto la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN per il 2013. In sede di determinazione, sono state distinte la

quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni. Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2013 è stato così determinato in 107.004,50 milioni di euro. **Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.**

In questo contesto, nel corso dell'indagine conoscitiva, la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha lamentato, sia a causa delle misure di contenimento della spesa di cui si dirà tra breve, sia a causa della riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una contrazione delle risorse destinate dallo Stato alle regioni pari a circa 31 miliardi e 553 milioni di euro nel periodo 2011-2015.

### ***3.1. I piani di rientro.***

Con la legge finanziaria 2005 e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario *in deficit*. Con riferimento alla complessa strumentazione normativa implementata si evidenziano, in via sintetica:

- il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale nel rispetto degli equilibri di bilancio;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'obbligo dell'Accordo fra le Regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa. Essi sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la legge finanziaria per il 2010, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, ha stabilito nuove regole per i Piani di rientro e per

il commissariamento delle regioni<sup>14</sup>. Attualmente sono ancora 8 le Regioni in Piano di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), mentre sono 2 (Liguria e Sardegna) quelle che hanno superato le verifiche e avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano di rientro. Le regioni "commissariate" sono 5 (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Molise).

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni *benchmark*, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Com'è naturale, quella dei piani di rientro è stata una questione più volte emersa nel corso dell'indagine, attesa la numerosità degli enti interessati, tale da far ritenere che sussista una "questione piani di rientro", come possibile punto di crisi in cui verificare la sostenibilità finanziaria del sistema, vale a dire la coerenza tra l'osservanza da parte di ciascuna regione dei parametri contabili posti a presidio del sistema e il mantenimento dei livelli delle prestazioni richieste dalla natura universalistica del sistema sanitario nazionale.

In via generale i piani di rientro rappresentano l'elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro. Il tutto attraverso un percorso di regolamentazione che prevede prima il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali, in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, poi il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie, ed infine l'obbligo dell'accordo fra le regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente, per l'appunto, un piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I singoli piani di rientro individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi – secondo la valutazione espressa in audizione dalla Ragioneria Generale dello Stato - come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggita al controllo delle regioni. In tal senso il Ministro dell'economia e delle finanze ha segnalato come

---

<sup>14</sup> Oltre a ridurre al 5 per cento il livello di squilibrio economico, in precedenza fissato al 7 per cento, per la presentazione del Piano di rientro regionale, viene modificata la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*.

dall'evidenza empirica disponibile sia emersa una correlazione positiva tra la presenza di disavanzi di gestione e il peggioramento della qualità dei servizi forniti. Tale correlazione sembra parzialmente attenuata a seguito dei piani di rientro, atteso che nelle regioni coinvolte dagli stessi si è osservato non solo una riduzione del disavanzo, ma anche un miglioramento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, seppure in misura e tempi non uniformi.

Il risultato finanziario va però valutato anche alla luce della “percezione” della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così “sovrafinanziato” in termini individuali.

Tale risultato va altresì considerato rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza. Su tale aspetto si è diffusamente soffermata la Conferenza delle regioni, che lamenta nel diffondersi dei piani di rientro una progressiva perdita di progettualità, con un risanamento che è risultato prevalentemente economico ed è derivato dall'inasprimento fiscale e dei *ticket*, senza incidere contestualmente sul miglioramento dei livelli delle prestazioni, non risolvendo i nodi strutturali ancora esistenti.

E' stata pertanto segnalata la necessità di legare le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale e di offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali; inoltre, il perdurare del blocco del *turn-over*, solo recentemente parzialmente superato dalla legge n. 189 del 2012, e la necessità di assicurare comunque i livelli di assistenza, rende indifferibile una diversa regolazione delle politiche di reclutamento del personale dei servizi sanitari delle regioni in piano di rientro; da ultimo, è stata evidenziata la necessità di rafforzare il ruolo ed i poteri delle gestioni commissariali (procedendo alle nomine con DPCM, ad esempio), anche per una miglior difesa giudiziaria dei relativi provvedimenti.

Inoltre, la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui L.E.A. dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore dovrebbe rappresentare un altro argomento importante di discussione così come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio assistenziale) rappresenta una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale<sup>15</sup>. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E' stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Parte

---

<sup>15</sup> Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

importante è anche la definizione di un quadro di riferimento normativo sui LEA sociosanitari. A tal proposito, l'articolo 46 della legge finanziaria 2003 ha infatti previsto l'adozione, con apposito DPCM, previa intesa della Conferenza unificata, dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, in una logica di separazione degli ambiti sociale e sanitario. Successivamente, nel periodo 2002-2005 è stata costituita una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata che, tuttavia, non ha mai concluso i suoi lavori<sup>16</sup>.

Ma se da un lato non appare ragionevole pensare ad un reperimento di ulteriori risorse da destinare al finanziamento del Servizio, d'altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del taglio lineare, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco. I tagli lineari non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli sprechi; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali.

In sostanza, è necessario un cambiamento di metodo, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, **prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.**

#### **4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni.**

Anche in Italia, come anche negli altri paesi europei, si pone la questione della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, che dipende sia dall'andamento della spesa sia dalla capacità del Paese di generare le risorse necessarie per farvi fronte, attraverso un prelievo fiscale percepito come sostenibile dalla collettività. Un tema di carattere generale che è stato posto da molti dei soggetti auditi pertanto attiene ai numerosi fattori, alcuni presumibilmente di carattere transitorio ed altri invece non transitori, che incidono sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

I primi sono individuabili nella recessione economica, che limita le risorse disponibili per il SSN: il finanziamento del sistema è in parte rilevante legato al ciclo economico, in

<sup>16</sup> Il punto su cui la Commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Successivamente, la legge finanziaria 2007 ha istituito il Fondo per le non autosufficienze per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo.

quanto basato significativamente sulla raccolta fiscale: ne deriva una riduzione delle risorse in presenza di una congiuntura negativa, quale quella che, ormai quasi senza interruzione dal 2008 fino ad oggi, ha caratterizzato il nostro Paese, con riflessi negativi sul gettito Irap, sulla compartecipazione Iva e sulle addizionali Irpef.

I fattori invece non transitori sono costituiti innanzitutto dall'invecchiamento della popolazione, già sopra ricordato, a fronte del quale si è in presenza, al momento, di una crescente delega assistenziale da parte dello Stato nei confronti delle famiglie, che tuttavia – anche per l'evoluzione demografica – nel futuro saranno sempre meno in grado di sostenerla. In secondo luogo vanno considerati i cambiamenti epidemiologici (epidemia della cronicità), gli stili di vita legati all'obesità e la dinamica del progresso scientifico, dato che il tasso di crescita dell'innovazione supera di molto il tasso di crescita economica, ossia l'incremento delle risorse disponibili per utilizzare l'innovazione. Infine, bisogna considerare la crescita delle aspettative dei cittadini, con conseguente aumento della domanda di prestazione sanitaria e “non accettazione” dello stato di malattia.

Benché il primo dei due aspetti suddetti - vale a dire quello legato alla recessione - sia contrassegnabile da un carattere transitorio, al momento entrambi i fattori producono dinamiche - minor disponibilità di risorse da un lato e richiesta di maggiore spesa dall'altro - che incidono negativamente sulla sostenibilità finanziaria del sistema. In presenza di tali dinamiche, gli interventi di riduzione/stabilizzazione della spesa, se non accompagnati da misure di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse, divengono forme di razionamento implicito nella soddisfazione dei bisogni sanitari.

In un sistema regionalizzato come il nostro, inoltre, il razionamento aumenta le differenziazioni territoriali, anche per le diverse capacità fiscali tra regioni. Infatti, ci troviamo di fronte a servizi regionali sanitari profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In questo quadro negli ultimi anni sono state adottate a livello nazionale politiche di razionalizzazione della spesa, tendenti ad assicurare una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse, sia mediante l'eliminazione di sprechi grazie alla cosiddetta *spending review* attuata principalmente con il decreto-legge n. 95 del 2012, sia mediante la regolazione della domanda di prestazioni sanitarie, attraverso la compartecipazione alla spesa (*ticket*).

#### **4.1. La spending review.**

Una delle questioni più dibattute nel corso dell'indagine conoscitiva riguarda l'andamento della spesa sanitaria pubblica registrato a seguito delle misure di contenimento adottate con i recenti provvedimenti normativi in materia di "spending review". In proposito, è emerso che tra le spese complessive del sistema sanitario italiano, oltre alla spesa per il personale di cui si è detto in precedenza - che dopo essere giunta, nel 2011, a circa il 32 per cento del totale, è ora in diminuzione per effetto della mancata sostituzione del personale in quiescenza derivante da blocco del *turn over*<sup>17</sup>, - quelle maggiormente interessate dai predetti provvedimenti sono le spese relative all'acquisto di beni e servizi, alla farmaceutica e all'assistenza ospedaliera

#### **4.1.1. I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione**

La spesa per l'acquisto di beni e servizi, cui si è fatto cenno in precedenza, è passata dal 29,4 per cento nel 2008 al 30,4 per cento nel 2011, anche grazie alle disposizioni adottate in materia di *spending review*. Al riguardo, si ricorda che l'articolo 17 del decreto-legge n 98 del 2011, ha incaricato l'AGENAS di stilare un elenco dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici, dei farmaci per uso ospedaliero e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. L'Osservatorio dei contratti pubblici fornisce alle Regioni un'elaborazione dei prezzi standard di riferimento - sulla base dei prezzi effettivamente praticati e rilevati - alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Sistema sanitario nazionale.

Vanno poi ricordate le ulteriori misure contenute nel decreto-legge n. 95 del 2012, a partire dal taglio del 5 per cento degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, alla rideterminazione del tetto di spesa per i dispositivi medici - fissato al 4,9 per cento nel 2013 e al 4,8 per cento a partire dal 2014 - nonché alla fissazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale per il 2012 al 13,1 per cento e dal 2013 all'11,35 per cento e di quello della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento. E' stata prevista inoltre la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

La legge di stabilità 2013 (legge n. 228 del 2012) ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha contestualmente introdotto la possibilità, per le regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10 per cento degli appalti, purché sia assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale. Inoltre, gli stessi enti del SSN, o per loro le regioni e le province autonome, sono tenuti ad avvalersi degli strumenti di

---

<sup>17</sup> Si veda l'audizione del Cergas.

acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle Centrali di committenza regionali di riferimento .

In attesa della completa standardizzazione dei prezzi, le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. Se non c'è accordo le Asl possono recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico. Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

Il decreto-legge n. 95 del 2012, inoltre, ha rideterminato dal 2013 il tetto per l'acquisto di dispositivi al 4,9 per cento del fabbisogno sanitario nazionale e a decorrere dal 2014 al valore del 4,8 per cento. Inoltre, per precisare il processo di determinazione annuale dei costi standardizzati, il decreto del Ministero della salute dell'11 gennaio 2013 ha determinato i criteri utili a fissare i parametri di qualità, di standard tecnologico di sicurezza e di efficacia dei dispositivi medici in base ai quali l'AGENAS provvederà ad individuare i dispositivi medici sui quali applicare la standardizzazione dei prezzi di riferimento.

Più in generale, per effetto della *spending review*, la spesa complessiva per beni e servizi delle pubbliche amministrazioni, dopo un decennio di costante crescita<sup>18</sup> ha fatto segnare nel 2012, come risulta dai dati Istat del giugno 2013, una contrazione rispetto all'anno precedente (-2,6 per cento), attestandosi a 132 miliardi di euro. Tuttavia, è stato evidenziato come non tutte le spese, sia pure per approvvigionamento di beni e servizi, possono essere oggetto di razionalizzazione attraverso l'efficiente gestione degli acquisti, operata da CONSIP. Infatti sui 132 miliardi di euro di spesa complessiva per beni e servizi della pubblica amministrazione la Centrale Acquisti è in grado di incidere in una misura pari a circa il 35-40 per cento (ovvero 40 miliardi di euro).

In merito agli effetti della *spending review* sulla spesa per beni e servizi, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state rilevate diverse criticità. In particolare sono stati forniti dati che evidenziano per le aziende sanitarie una realtà di contenimento della spesa ben lontana da quella auspicata dal legislatore<sup>19</sup>. Infatti, su 45 aziende investigate, è risultato che esse hanno conseguito, sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, mediamente uno sconto del 2 per cento<sup>20</sup>. Per altro, anche la proiezione 2013 segue questo *trend* negativo, prevedendosi una percentuale media ponderata di sconto dei costi del 2,6 per cento.

<sup>18</sup> Dal 2000 al 2012 si è registrato un incremento della spesa del 53,3 per cento.

<sup>19</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

<sup>20</sup> Si tratta di dati aggiornati al 5/11/2012.

Dalle elaborazioni ottenute è possibile constatare che sono le regioni interessate dai piani di rientro ad aver conseguito i migliori risultati in termini di risparmio sulla spesa (con una quota del 2,6 per cento per l'anno 2012 ed una stima del 4,6 per cento per il 2013). Mentre le cosiddette regioni "virtuose" sono riuscite a conseguire un valore notevolmente inferiore, dell'1,8 per cento per il 2012 e del solo 1,9 per cento per il 2013. Ciò a riprova di quanto minimo sia il margine di correzione delle inefficienze in alcune realtà sanitarie senza che questo si traduca in una contrazione dei servizi offerti ai cittadini e della stessa qualità assistenziale. E' un segnale inequivocabile che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato fino ad oggi più efficiente e non è quindi nella condizione di ottenere altre riduzioni di prezzo da contratti già favorevoli.

La combinazione dei valori di sconto ottenuti attraverso la riduzione dei costi per la fornitura di beni e servizi, ora esaminata, e di quelli attribuibili alla rinegoziazione dei prezzi di riferimento, ovvero all'altro strumento di contenimento della spesa previsto dal decreto-legge n. 95 del 2012, fa registrare una media del 2,2 per cento di sconto complessivo per l'anno 2012.

Di fronte alle criticità evidenziate, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state presentate una serie di proposte tecniche per una *spending review* sostenibile, quali l'adozione di un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi, posto che l'attuale criterio basato sul prezzo più basso rischierebbe di sacrificare la qualità alla logica del risparmio, nonché la costituzione di una agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto alla innovatività, così come avviene già nel comparto farmaceutico con l'AIFA<sup>21</sup>.

#### **4.1.2. La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio.**

Negli ultimi anni le politiche nazionali e regionali hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario. Secondo dati Istat l'ospedalizzazione rimane di grande rilevanza nel trattamento delle patologie gravi, soprattutto i tumori e le malattie del sistema circolatorio: patologie con un alto tasso di mortalità, per cui è più frequente il ricorso all'ospedale. Si è assistito quindi ad una riduzione dei ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) con il sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto un'ulteriore riduzione dello standard di posti letto, che a regime dovrebbero passare dagli attuali 4 per mille abitanti ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Contestualmente il tasso di ospedalizzazione dovrà passare

---

<sup>21</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

dall'attuale valore di 180 per mille abitanti al valore di 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni (*Day Hospital*). Il decreto legge n. 95 del 2012 ha inoltre stabilito che la riduzione dei posti letto sia posta a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 per cento, conseguita esclusivamente attraverso la riduzione di unità operative complesse. Come rilevato dall'Istat - che fornisce interessanti dati regionali e comparati -, nei prossimi due anni si assisterà quindi a una riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguita esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del SSN per circa 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico)<sup>22</sup>.

Inoltre, per le medesime finalità di razionalizzazione della spesa sanitaria, il decreto-legge n. 95 del 2012 è intervenuto sull'accreditamento, diminuendone il livello di spesa e prevedendo la ridefinizione delle tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite dalle strutture accreditate al SSN. In attuazione della misura, il decreto 18 ottobre 2012 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha rideterminato la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, dell'assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

#### ***4.1.3. Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco.***

Il settore farmaceutico è stato oggetto di molteplici interventi regolatori mirati alla *governance* e al contenimento della spesa farmaceutica a carico del SSN, nelle due componenti dedicate, rispettivamente, alla spesa farmaceutica territoriale e alla spesa farmaceutica ospedaliera.

Il decreto n. 78 del 2010 ha inteso fornire gli strumenti necessari per una corretta programmazione e razionalizzazione della spesa farmaceutica. Gli interventi proposti a tal fine prevedono, fra l'altro, l'avvio di un confronto tecnico tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia nazionale del Farmaco (AIFA) e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica.

In particolare, i criteri indicati prevedono un maggiore controllo delle forme di distribuzione dei farmaci e un diverso sistema di retribuzione delle farmacie, non più basato sul

---

<sup>22</sup> Affinché la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera possa coniugarsi con l'erogazione uniforme dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il decreto-legge n. 95 del 2012 aveva previsto, entro il 31 ottobre 2012, l'adozione di un regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in base ai quali, entro il 31 dicembre 2012, le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di riduzione tenendo anche conto della mobilità interregionale. Il citato regolamento, tuttavia, non è stato ancora emanato.

prezzo di riferimento del farmaco bensì sulla prestazione offerta; la predisposizione, da parte dell'AIFA, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la conseguente definizione delle migliori soglie di appropriatezza relative alla prescrizione dei farmaci generici da parte dei medici del SSN. La norma intende monitorare la spesa farmaceutica territoriale al fine di individuare la quota ottimale dei farmaci equivalenti prescritti a prezzo minore per categoria terapeutica equivalente, ovvero uguale composizione in principi attivi.

Si prevede inoltre la fissazione di linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, nonché la rideterminazione delle percentuali di ricavo dovute dal SSN (quote di spettanza) ai grossisti e ai farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di classe A, interamente rimborsati dal SSN<sup>23</sup>.

Il successivo decreto-legge n. 95 del 2012 ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale, sia a livello nazionale che in ogni regione, portandolo, per il 2012, al 13,1 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente il fondo sanitario nazionale.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha rimodulato anche la spesa farmaceutica ospedaliera, precisandone la definizione e i suoi componenti e ha incrementato dal 2013, sia a livello nazionale che in ogni regione, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN. Inoltre, sempre dal 2013, il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa ospedaliera è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale; il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti.

Come rilevato dalla Corte dei conti nel Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, la spesa per la farmaceutica territoriale è risultata, nel 2012, ben al di sotto del tetto previsto: 13,1 miliardi contro i 14 miliardi da considerare quale limite per l'intero esercizio. Hanno superato il tetto 5 regioni: la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania e la Puglia.

La Corte dei conti ha rilevato altresì che la farmaceutica ospedaliera continua a presentare andamenti che continuano a sfiorare in tutte le regioni i tetti assegnati. Rispetto al valore obiettivo di 2,6 miliardi (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2012), la spesa ha raggiunto i 4,2 miliardi pari al 4 per cento del finanziamento del SSN. Superiori di due

---

<sup>23</sup> Tale rideterminazione abbassa la quota dei grossisti al 3 per cento (precedentemente al 6,65 per cento) portando quella dei farmacisti al 30,35 per cento (precedentemente al 26,7 per cento). Per i farmacisti la quota di spettanza del 30,35 per cento deve intendersi come quota minima a questi spettante.

punti al limite previsto: la Puglia, la Toscana, il Piemonte, il Friuli, la Sardegna e l'Umbria. Inoltre, rimangono ancora difficoltà nel settore dei generici, nonostante le misure legislative che nel corso della XVI Legislatura ne hanno incoraggiato la prescrizione.

#### **4.2. La compartecipazione al finanziamento del sistema.**

In linea generale, ai *ticket* sulle prestazioni sanitarie è assegnato il duplice compito di regolazione della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria.

La vigente legislazione nazionale<sup>24</sup> prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l'applicazione di un *ticket* pari al valore della prestazione fino ad un massimo di 36,15 euro, con ampie categorie di esenzione, per patologie e per reddito, tanto che circa il 70 per cento delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti<sup>25, 26</sup>.

Per l'assistenza farmaceutica l'eventuale applicazione di un *ticket* è demandata alle regioni. La maggior parte delle regioni ha disposto l'applicazione del *ticket*, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN, prevedendo al contempo ampie categorie di cittadini esenti.

Il gettito complessivo dei predetti *ticket* è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica<sup>27</sup>. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso<sup>28</sup>. Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni

<sup>24</sup> Si veda al riguardo la legge n. 537 del 1993 e la legge n. 296 del 2006.

<sup>25</sup> Audizione dell'Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato, Francesco Massicci, presso le commissioni riunite V e XII della Camera dei deputati il 2 ottobre 2013.

<sup>26</sup> E' previsto altresì un *ticket* in quota fissa, aggiuntivo rispetto al precedente, pari a 10 euro per ricetta. Con riferimento a tale quota fissa, si dispone che le regioni possano adottare misure alternative, purché di gettito equivalente. Sono inoltre assoggettate a *ticket* le prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, codificate con codice bianco, ad eccezione di quelle richieste a seguito di traumasmi ed avvelenamenti acuti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p), secondo periodo, della legge n. 296 del 2006. Gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro.

<sup>27</sup> La Consulta, con la sentenza n. 187/2012, è di recente intervenuta in materia di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, censurando una norma introdotta dal decreto-legge n. 98 del 2011 che disponeva misure di compartecipazione - da disporsi con regolamento governativo - sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal SSN. La Consulta ha ritenuto non applicabile la norma per la non prevista partecipazione delle regioni al processo di determinazione delle nuove misure di compartecipazione, sottolineando che queste attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale, sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni. La norma avrebbe comportato un ulteriore gettito annuo pari a 2.000 milioni di euro dal 2014.

<sup>28</sup> Si veda l'audizione di Agenas che ha citato i risultati di un suo recente studio.

sarebbero invece gratuite<sup>29</sup> o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti.

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse<sup>30</sup>.

In altra ottica, è stato sottolineato come la compartecipazione alla spesa vada utilizzata come strumento di governo della domanda – il *ticket modérateur* – e pertanto non dovrebbero essere previsti *ticket* superiori al costo delle prestazioni, come invece accade in alcune regioni che non hanno un sistema di contabilità dei costi o non hanno adeguato opportunamente le tariffe<sup>31</sup>.

E' stato evidenziato che il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. In questo quadro, è stato tuttavia rilevato come la compartecipazione ai costi della prestazione nel sistema sanitario possa presentare tratti iniqui e di incostituzionalità, con particolare riguardo all'articolo 53 della Costituzione, secondo il quale ciascun cittadino è tenuto a concorrere alle spese pubbliche in ragione della propria capacità contributiva. E' stato inoltre sottolineato come la compartecipazione alla spesa renda poi necessarie misure di esenzione per censo, per invalidità e per patologie, al fine di contenere le iniquità. Ciò comporta per le aziende sanitarie la creazione di un sistema, oneroso e particolarmente complesso, di certificazioni per esenzioni in base a patologie, che devono essere periodicamente riviste, e di autocertificazioni per esenzione in base al reddito o ad altre condizioni sociali, quali le invalidità, sulle quali le aziende pubbliche devono esercitare i debiti controlli<sup>32</sup>.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il *co-payment* sembra essere stato utilizzato in alcuni casi dalle regioni e dalle aziende sanitarie più come strumento di finanziamento che di controllo della domanda: infatti alcune compartecipazioni come quelle relative alla farmaceutica territoriale sono risultate inefficaci, mentre altre, come quelle per diagnostica

<sup>29</sup> Ad esempio, nell'ipotesi di una franchigia fino al 3 per mille del reddito lordo annuo, un pensionato con 10 mila euro di reddito lordo avrà una franchigia pari al 3 per mille, dunque 30 euro: tale cifra sarà il costo massimo che dovrà sborsare per accedere a qualsiasi prestazione sanitaria. Superata la quota, tutte le spese dovrebbero tornare a carico dello Stato.

<sup>30</sup> Si veda l'audizione dell' Agenas.

<sup>31</sup> Si veda l'audizione del Cergas.

<sup>32</sup> Si veda l'audizione del Cresm.

strumentale, sono risultate troppo elevate. In tal modo, si crea un livello di iniquità tra cittadini dovuto principalmente alla poco omogenea applicazione tra le varie regioni, determinando differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.

La problematica dei crescenti importi dei *ticket* contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi<sup>33</sup>, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*<sup>34</sup>, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica<sup>35</sup>. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato, tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie, sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esisterebbe alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

**La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.**

<sup>33</sup> Si veda l'audizione di Confindustria.

<sup>34</sup> Secondo Confindustria si tratta di circa l'87 per cento della complessiva spesa privata

<sup>35</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

Per la prima volta, secondo i dati Censis del giugno 2013, si sta facendo largo l'idea che occorra trasferire la responsabilità e i costi dei servizi su specifici segmenti di popolazione: da quelli che, essendo abbienti, non dovrebbero beneficiare per alcun motivo di esenzioni, a quelli che generano costi sanitari, in molti casi con comportamenti non sostenibili economicamente e non appropriati per la propria salute<sup>36</sup>. In questa prospettiva è stata evidenziata altresì l'esigenza che il sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione debba essere unico per tutto il Paese, piuttosto che differenziato per regione, anche al fine di risolvere il paradosso per cui la compartecipazione alla spesa per una determinata prestazione in alcune regioni finisce per costare più della prestazione stessa sul libero mercato<sup>37</sup>.

#### **4.3. Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie.**

Le misure di contenimento della spesa sanitaria messe in capo negli ultimi anni hanno consentito di ridurre la dinamica della crescita della spesa dal 7 per cento annuo del periodo 2000-2006 all'1,4 del periodo 2006-2012 come emerge dal grafico che segue



<sup>36</sup> Si veda l'audizione di Confindustria.

<sup>37</sup> Si veda l'audizione della Fimmg.

Secondo il quadro di previsione presentato dal Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso dell'indagine conoscitiva<sup>38</sup>, la spesa sanitaria dovrebbe ridurre la propria incidenza sul PIL, entro il 2016, dal 7 al 6,8 per cento,

In particolare, nel corso del suo intervento il Ministro ha sottolineato come contribuiscano a questo risultato il rafforzamento della *governance* economica del sistema, di cui si è detto in precedenza: l'obbligo dell'integrale copertura dei disavanzi da parte delle regioni, anche attraverso l'incremento automatico delle aliquote fiscali, che ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato.

La prevista riduzione della spesa, tuttavia, non sembra tener conto dell'incremento degli oneri, stimato intorno al 2 per cento e considerato sostanzialmente inevitabile in tutti i sistemi sanitari in quanto determinato dall'introduzione di nuove tecnologie e dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Inoltre, non può essere ignorato che la riduzione delle previsioni di spesa sanitaria, in base alle manovre introdotte a partire dal decreto-legge n. 98 del 2011, hanno caricato il quadro programmatico di obiettivi di contenimento di oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014. Si tratta di risorse molto rilevanti, la cui mancanza potrebbe compromettere l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, posto che queste ultime sono chiamate a coprire eventuali disavanzi sanitari tramite l'attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente. Le regioni, infatti, in una situazione di avverse condizioni economiche, come quella attuale, potrebbero incontrare non poche difficoltà nel reperire maggiori entrate, con il conseguente rischio di compromettere percorsi di risanamento strutturale. In questo quadro, la prevista riduzione della spesa rischia pertanto di tradursi in un vero e proprio taglio degli stanziamenti.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma debba essere affrontato utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. **Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.**

---

<sup>38</sup> Si veda l'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, Saccomanni, nella seduta del 30 ottobre 2013 delle Commissioni riunite V e XII.

In questo quadro, uno degli strumenti che molti auditi hanno indicato ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. E' stato infatti evidenziato come il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, possa far sì che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. L'assistenza territoriale, invece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stata comunque ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'idonea forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che, in taluni casi, contano anche più di 5-7 mila dipendenti e devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

Sono stati per altro evidenziati alcuni nodi tecnici già conosciuti, quali le logiche divergenti fra la contabilità finanziaria di Stato e regioni e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, il dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica. E' pertanto urgente procedere ad un recupero di efficienza, che si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi; ad esempio, utilizzando le banche dati a disposizione. In proposito appare possibile integrare programmi noti e diffusi quali 'esiti' di Agenas con indicatori che riescano a far cogliere il grado di efficienza delle organizzazioni sanitarie.

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più validi, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior

afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo una maggiore autonomia delle Aziende, le cui prerogative si sono di fatto ridotte sotto la spinta della necessità di garantire i bilanci regionali. Potrebbe in proposito ritenersi – ma ovviamente il tema va valutato con la dovuta attenzione - che proprio in presenza di difficoltà sul lato delle risorse debba esserci la possibilità da parte dei manager aziendali di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e **sulla verifica dei risultati**<sup>39</sup>, **sia sotto il profilo economico-finanziario, sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.**

Oltre alle innovazioni organizzative, dovrebbe essere meglio gestita l'innovazione tecnologica che, per quanto costosa, appare comunque irrinunciabile, e pertanto dovrebbe essere non subita ma governata, scegliendo solo le vere innovazioni. Così gestito, il progresso tecnologico potrebbe costituire un fattore in grado di esercitare un impatto rilevante sulla dinamica della spesa sanitaria, segnatamente con l'introduzione di apparecchiature sanitarie e terapie sempre più sofisticate e costose, che potrebbero far conseguire rilevanti guadagni netti in termini di efficienza ed efficacia delle cure<sup>40</sup>. **Va altresì considerato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese.** In proposito anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del *cosiddetto Health Technology Assessment* (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. **In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.**

Rimane fermo, ovviamente, il concorso ad un efficiente contenimento della spesa che può derivare da un incremento dell'attività della Consip, che in proposito ha evidenziato in audizione alcuni possibili spazi di miglioramento. Si tratta di una attività che attraverso gli strumenti utilizzati nel Programma di centralizzazione degli acquisti – vale a dire il sistema

<sup>39</sup> Si veda l'audizione della FIASO.

<sup>40</sup> In proposito il Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso della sua audizione, ha peraltro segnalato come le diverse analisi condotte al riguardo non consentano, al momento, di trarre conclusioni definitive in relazione all'impatto netto atteso dal progresso tecnologico sulla spesa sanitaria.

delle convenzioni, il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA, gli accordi quadro, il Sistema Dinamico di Acquisto SDAPA e le gare su delega - ha operato nell'ambito della sanità nel 2012 intermediando circa 1,4 miliardi di euro, ma che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda, che potrebbe svolgersi, in primo luogo, differenziando i livelli ottimali della domanda per ambito centrale, regionale e di area vasta, in relazione alle differenti merceologie di beni, in secondo luogo, focalizzando l'acquisto centralizzato in quegli ambiti merceologici dove la professionalità medica non costituisce fattore ostativo alla centralizzazione dell'acquisto, escludendo quindi prodotti specifici, quali protesi impiantabili, *stent* ed altro, al fine di salvaguardare la discrezionalità del medico nell'acquisto stesso. Infine, sviluppando iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

Inoltre, sempre sul fronte della riduzione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Al momento tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato e deve essere quindi arginato attraverso una migliore regolamentazione della responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Come emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, l'efficienza del sistema sanitario può essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. A parte la prevenzione nel settore odontoiatrico, che rappresenta un capitolo a se stante<sup>41</sup>, sulla prevenzione hanno posto l'accento numerosi soggetti auditi<sup>42</sup>.

In particolare, è stato sottolineato come la prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, sia stata largamente sottovalutata, mentre dovrebbe rappresentare uno strumento fondamentale, di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, la prevenzione dovrebbe porsi l'obiettivo anche dell'"invecchiamento attivo".

---

<sup>41</sup> In relazione alla prevenzione nel settore odontoiatrico l'Associazione italiana odontoiatri (AIO) ha proposto una serie di misure tra cui principalmente la copertura degli interventi di prevenzione odontoiatrica da parte del SSN.

<sup>42</sup> Si tratta in particolare della CGIL, del CERGAS, del Movimento per la decrescita felice e della Federazione veterinari e medici (FVM).

In questo ambito, appare necessario il rafforzamento delle politiche di prevenzione primaria, volte a contenere il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socio-economici, e di prevenzione secondaria, per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni. Puntare sulla prevenzione comporterebbe il passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa, con un'organizzazione sanitaria che mette al centro dell'attenzione le persone e non le malattie<sup>43</sup>. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo. A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Un cenno a parte merita, infine, con riferimento alla razionalizzazione della spesa, il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. **In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.**

A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radice gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale

<sup>43</sup> Si veda l'audizione del Movimento per la Decrescita felice.

per la vita del Paese quale quello sanitario. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

Al tempo stesso, non appare più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili<sup>44</sup>.

Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull'incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali. La richiesta è di una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, riduce la spesa privata *out of pocket* che, come prima detto, presenta effetti regressivi.

La necessità di riorganizzare la spesa sanitaria privata mediante idonee forme assicurative deriva anche dalla diffusa percezione dell'insostenibilità del prelievo sia per le imprese (Irap) che per i cittadini (addizionali Irpef) nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Tale riorganizzazione potrebbe operarsi aumentando la convenienza fiscale nei confronti dei fondi - posto che le imprese non godono di alcun vantaggio fiscale per i contributi versati ai fondi - in modo che questi arrivino ad una massa critica ed intermedino più spesa privata. In questo modo, i fondi, oltre ad intervenire necessariamente a fronte di fatturazione, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero giungere ad avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Ciò potrebbe consentire una maggior sostenibilità fiscale, una maggior equità sociale, in termini di attenuazione degli effetti regressivi della spesa privata individuale, di cui prima si è detto, e una miglior efficienza delle prestazioni del sistema se il predetto potere contrattuale divenisse significativo. In questo ambito è stata quindi richiesta una intensificazione degli sforzi per una progressiva messa a punto di sistemi complementari di intervento, ad esempio affiancando agli esistenti fondi integrativi - comunque da meglio sviluppare, come ripetutamente richiesto nel corso delle audizioni - un maggior ruolo ai fondi assicurativi

---

<sup>44</sup> Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

“aperti”, sul modello seguito da altri Paesi dell’Unione europea, al fine di mantenere la piena copertura sanitaria anche in quelle aree che il sistema attuale dovesse non riuscire a coprire.

Il tema dei fondi assicurativi presenta ovviamente anche diversi profili problematici, atteso che essi danno luogo, per come attualmente composti<sup>45</sup>, ad una segmentazione della popolazione protetta, che determina una differenziazione delle tutele offerte dal sistema. Essi inoltre presentano frequentemente forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché, si potrebbe dire, di selezione avversa – con riguardo alla cronicità, alle situazioni di *long term care*, di accesso oltre elevate soglie di età – meritevoli di approfondimento da parte del legislatore nel momento in cui si dovesse procedere ad un ampliamento del ruolo dei fondi stessi.

**La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.**

---

<sup>45</sup> Si ricorda che, sulla base delle regole generali dettate nel decreto legislativo n. 229 del 1999, poi oggetto di numerose modifiche ed integrazioni e di diverse norme attuative, i fondi assicurativi sono in gran parte costituiti da fondi aziendali (fondi chiusi) e per la parte restante dai fondi aperti volontari.

## 5. Conclusioni.

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, la mobilità transnazionale e le aspettative dei singoli.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

L'indagine conoscitiva delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) ha avuto proprio lo scopo di scattare una "fotografia aggiornata" dello stato di salute del nostro sistema sanitario nazionale, al fine di valutare la sua adeguatezza a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità.

La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.

A questo riguardo, nel corso dell'indagine è emerso un quadro del sistema sanitario italiano caratterizzato da luci e ombre. Tra gli aspetti positivi meritano di essere ricordati, da un lato, la sostanziale condivisione, da parte della quasi totalità degli auditi, del valore insostituibile del Servizio Sanitario nazionale, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, dall'altro, il fatto che gli oneri derivanti dal sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri Paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media internazionale e europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, in primo luogo va ricordata la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al Sistema sanitario nazionale riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo è stato constatato che le regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, versano in una condizione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni, posto che le prime lamentano sensibili ritardi infrastrutturali da cui derivano inaccettabili differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che mettono a rischio l'universalità del sistema.

In particolare, nel corso dell'indagine è stata posta particolare attenzione ai seguenti temi: il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, il finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario e la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso misure volte alla razionalizzazione della spesa.

**Per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni**, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti. Non a caso, la quasi totalità dei soggetti auditi nel corso dell'indagine conoscitiva, ha espresso forti riserve sul buon funzionamento del riparto di competenze tra Stato e regioni in materia di sanità.

**In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari.** In altri termini, l'attuale ruolo di supervisore della spesa sanitaria svolto dal Ministero dell'economia e delle finanze, soprattutto nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro, dovrebbe essere bilanciato da un analogo ruolo di valutazione, di indirizzo e, in caso di necessità, sostitutivo, svolto dal Ministero della salute, a tutela dell'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza. In questo quadro, lo Stato dovrebbe farsi garante, non solo della definizione dei LEA, ma anche dell'uniformità della loro erogazione, impegnandosi nello svolgimento di valutazioni di impatto finalizzate a una programmazione unitaria delle politiche sanitarie di lungo periodo. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

**Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione.** A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera *m*) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

**Per quanto concerne l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario**, è da sottolineare come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessita di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani. L'invecchiamento della popolazione, che dovrebbe portare l'Italia nel 2050 ad essere il Paese più longevo d'Europa, rappresenta sicuramente un successo del nostro sistema sanitario, ma diventa anche una criticità incombente. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione all'attività di presa in carico nel territorio del "paziente cronico".

Tale esigenza appare ancor più accentuata per via delle mutate condizioni sociali, che vedono sempre più aumentare il numero dei nuclei familiari singoli, depotenziando le reti di presa in carico familiare che hanno da sempre costituito una forma di protezione sociale degli anziani nel nostro Paese. Ne deriva l'urgenza del superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotate di una piccola *équipe* multiprofessionale, che consenta all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

In questa ottica, anche la presenza di una rete territoriale di strutture accreditate ben funzionante, adeguatamente controllata e verificata sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate, aiuterebbe le strutture ospedaliere a concentrare la propria offerta nelle prestazioni ad alta complessità, liberandole di quel carico accessorio che, spesso in modo inappropriato, ne impegna le strutture in un'attività a prevalente vocazione ambulatoriale, assolutamente incoerente con la funzione strutturale della risposta ospedaliera. Nel prossimo futuro, quindi, le regioni saranno sempre più chiamate a cambiare l'assistenza territoriale in medicina d'iniziativa, andando incontro alle esigenze del paziente sia mediante la prevenzione sia attraverso una migliore gestione delle malattie croniche.

Va segnalato, per altro, che il decreto-legge n. 158 del 2012, che ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure

primarie. Di fatto quindi la situazione si presenta molto differenziata a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, potrebbe invece anche rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. **Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.** Non è un caso, infatti, che le regioni che in questo momento mostrano le migliori *performance* sono proprio quelle che hanno già cominciato la riconversione del sistema.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso, per altro, che i sistemi sanitari regionali italiani si sono sensibilmente diversificati nel corso degli anni, al punto che la stessa erogazione dei LEA – e ancor più delle prestazioni integrative ai LEA – sembra avvenire in modo differenziato nelle diverse realtà sanitarie italiane, con conseguente rischio di marginalizzazione dei sistemi sanitari regionali più deboli.

**Per quanto attiene al finanziamento da parte dello Stato del Welfare sanitario**, va rimarcato preliminarmente come l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato sia diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre eventuali spese superiori al finanziamento concordato sono coperte a carico delle singole regioni. Le risorse del SSN destinate al finanziamento dei LEA sono ripartite secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse sono ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari. In particolare, tale decreto dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale basato sui valori di costo della spesa sanitaria rilevati in tre regioni *benchmark*, vale a dire l'Umbria, l'Emilia-Romagna e il Veneto. Tale processo ha condotto, per l'anno 2013, alla definizione di un livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 107.004,50 milioni di euro. **Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.**

Le attuali proporzioni del riparto, tuttavia, non tengono ancora conto delle nuove "variabili" della spesa sanitaria, la cui importanza si rafforza ovunque. In particolare, si tratta di ragionare sulle eventuali "emergenze" territoriali per patologia, sulla densità della popolazione, sull'estensione territoriale regionale, sulle condizioni corografiche, sull'entità dei flussi

migratori extracomunitari, sugli indici di povertà della popolazione residente, eccetera. Ma, soprattutto, si tratta di avere ben chiare le differenze esistenti tra i sistemi sanitari regionali, conoscendo la capacità di risposta di ciascuno di essi e prendendo atto delle differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino, nelle differenti aree del Paese. Il sistema dei “costi *standard*” e delle “regioni *benchmark*”, assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l’obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni a maggior svantaggio strutturale. **Un significativo passo avanti in questa direzione potrebbe essere costituito dalla piena attuazione dei parametri di riparto del Fondo sanitario nazionale, introdotti dalla legge n. 662 del 1996 - quali ad esempio la frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori epidemiologici territoriali eccetera - e mai integralmente applicati.**

In questo ambito, dovrebbe rappresentare un argomento importante di discussione la rivisitazione e l’aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui LEA dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore. A questo riguardo va segnalato come l’assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale) rappresenti una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E’ stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l’integrazione e l’apporto complessivo di tutti i soggetti. Soltanto in tal modo potranno essere pienamente soddisfatti i “nuovi diritti alla salute” legati a patologie emergenti o a nuovi bisogni sanitari per la miglior gestione di patologie a larga diffusione, come ad esempio le malattie neurologiche degenerative quali l’Alzheimer o la SLA o la sclerosi multipla o le malattie rare.

Per quanto riguarda il tema dei Piani di rientro, essendo questi finalizzati a ristabilire l’equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate, si può ritenere che essi rappresentino l’elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro.

I singoli piani di rientro, quindi, individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l’emersione di significativi disavanzi, configurandosi come

veri e propri programmi di ristrutturazione industriale. I risultati finanziari ottenuti dovrebbero però essere valutati anche alla luce della “percezione” della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così “sovrafinanziato” in termini individuali. Tali risultati dovrebbero altresì essere considerati rispetto all’effettività della garanzia dei livelli di assistenza, legando le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell’attività assistenziale, **prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.**

**Per quanto riguarda, infine, la nuova sfida dell’appropriatezza delle prestazioni,** è necessario innanzitutto sottolineare come le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria abbiano prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento.

A questo riguardo è opportuno innanzitutto evidenziare come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l’organizzazione della qualità dell’offerta, l’appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l’erogazione di servizi non necessari o non richiesti. **Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l’appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.**

In ogni caso, è evidente che la copertura e l’accesso al Servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. In questo quadro, uno degli strumenti per una razionalizzazione della spesa può essere rappresentato, come detto, dal potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

Sempre nella prospettiva della razionalizzazione, va ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell’Azienda sanitaria, che appare un’idonea forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un’impresa *multibusiness*.

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi *standard* di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più efficaci, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo eventualmente una maggiore autonomia delle Aziende in presenza di difficoltà sul lato delle risorse, al fine di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e **sulla verifica dei risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.**

Inoltre si potrebbe puntare ad un incremento dell'attività della Consip, attraverso l'utilizzo degli strumenti adottati nel programma di centralizzazione degli acquisti che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda. Tale obiettivo potrebbe essere realizzato, in primo luogo, differenziando i livelli ottimali della domanda per ambito centrale, regionale e di area vasta, in relazione alle differenti merceologie di beni, in secondo luogo, focalizzando l'acquisto centralizzato in quegli ambiti merceologici dove la professionalità medica non costituisce fattore ostativo alla centralizzazione dell'acquisto. Infine, si potrebbero sviluppare iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

L'efficienza del sistema sanitario potrebbe essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo.

A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Sempre sul fronte della razionalizzazione della spesa, va considerato il ruolo strategico dell'innovazione. Senza innovazione, un moderno sistema sanitario non è in grado di garantire i nuovi diritti di salute della popolazione, ma, alla lunga, neppure quelli attuali. Non appare più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi, con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili. **Va altresì sottolineato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese.** Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia infatti come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del cosiddetto Health Technology Assessment (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. **In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.**

Un altro settore in cui l'innovazione risulta fondamentale è quello dei farmaci, riguardo al quale sarebbe necessaria una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai prodotti innovativi, che invece risultano essere licenziati dall'AIFA con una lentezza superiore rispetto ai restanti contesti europei. Tali difficoltà derivano dalle differenti "velocità" dei proutuari regionali (laddove esistono), ma anche dai differenti *budget* regionali che non sempre sono in condizioni di assecondare la pronta immissione in circuito dei nuovi farmaci, con sensibili disparità di accesso alle cure nelle diverse regioni italiane.

Una questione a sé stante riguarda i *ticket* sulle prestazioni sanitarie, cui è stata assegnata non solo la funzione di regolazione della domanda ma anche quella di contribuire al finanziamento della spesa sanitaria.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul

settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso.

Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece assicurate gratuitamente **o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica**. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti.

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse.<sup>46</sup>

La problematica dei crescenti importi dei *ticket*, contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato - tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente, che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie - sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che

---

<sup>46</sup> Si veda l'audizione dell'Agenas.

sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esiste alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

**La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.**

Sulla base di queste considerazioni, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, ridurrebbe la spesa privata *out of pocket*. In questo modo, i fondi, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Si tratterebbe comunque di una misura da adottare tenendo ben conto di diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema e potrebbero determinare forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché di selezione avversa con riguardo alla cronicità o alle situazioni di *long term care*.

**La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.**

Un'ultima questione riguarda la spesa per il personale, che si è ridotta negli ultimi anni non solo per effetto di misure straordinarie ma anche di interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano

tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori. E' stato evidenziato però che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori. **In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.**

Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli *standard* assistenziali senza incrementi di personale. Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti *over 55* è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo. **Inoltre, dovrebbe essere data soluzione all'annosa questione legata all'incremento delle risorse da destinare alle scuole di specializzazione non solo di area medica, ma anche di area sanitaria non medica, al fine permettere un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria. In questo quadro, un peculiare rilievo assume il tema dell'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. Non si tratta infatti di un problema che riguarda solo i "giovani medici", ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte.**

Sempre in tema di razionalizzazione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente, non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Tale fenomeno determina uno spreco di risorse sottratte alla "buona medicina" e rompe l'alleanza terapeutica tra il sanitario e il paziente. Occorre pertanto una migliore regolamentazione della responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Un cenno a parte merita, infine, sempre riguardo alla razionalizzazione della spesa il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione

utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. **In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.**

A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radice gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

ALLEGATO 2

Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute  
tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

**DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO**

**Premessa**

**1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi**

*1.1 Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario*

**2. La spesa sanitaria**

*2.1 La spesa per il personale medico e sanitario*

*2.2 La spesa farmaceutica*

*2.3 La spesa per beni e servizi*

**3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano**

*3.1 I piani di rientro*

**4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni**

*4.1 La spending review*

*4.1.1 I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione*

*4.1.2 La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio*

*4.1.3 Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco*

*4.2 La compartecipazione al finanziamento del sistema*

*4.3 Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie*

**5. Conclusioni**

### **Premessa**

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all’evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

In considerazione del nuovo quadro costituzionale, la concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell’anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell’ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell’aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l’acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) hanno ravvisato l’opportunità di svolgere un’indagine conoscitiva concernente “la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”, al fine di:

- 1) effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- 2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- 3) valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso "i costi standard";
- 4) verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- 5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- 6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- 7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- 8) verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite hanno svolto, dal 17 giugno al 30 ottobre 2013, le audizioni dei seguenti soggetti:

- rappresentanti di Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: prof. Elio Borgonovi, presidente del CeRGAS-Bocconi; prof.ssa Sabina Nuti, responsabile del laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; prof. Davide Croce, direttore del Centro di Ricerca in Economia e Management di Sanità e nel Sociale (CREMS) della LIUC Cattaneo; prof. Gualtiero Ricciardi, coordinatore del Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle regioni italiane;
- Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*; rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato; Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO); Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);
- rappresentanti di sindacati di categoria: CGIL, CISL, UIL e UGL – Sindacato autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED),

Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG), Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI) e Associazione italiana odontoiatri (AIO);

- rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione delle società medico scientifiche (FISM), della Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (FISPEOS), del Sindacato dei medici italiani (SMI), della Federazione veterinari e medici (FVM), Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), del Segretariato italiano giovani medici (SIGM), di Federfarma, della Federazione ordini farmacisti italiani, del Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del SSN (Si.Na.F.O.) e di Assobiomedica;

- rappresentanti di Farindustria, Associazione nazionale industrie farmaci generici (Assogenerici), Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie Assobiotec-Federchimica, Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (F.A.V.O.), Osservatorio italiano salute globale e Movimento decrescita felice;

- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);

- rappresentanti dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Associazione nazionale sanità integrativa (ANSI), del Fondo assistenza sanitaria integrativa (FASI), della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S);

- rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, della Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato-Regioni (STEM), di Confindustria, della CONSIP e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

- dott. Francesco Massicci, Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della RGS;

- Ministro della salute, Beatrice Lorenzin;

- Ministro dell'economia e delle finanze, Fabrizio Saccomanni;

## **1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi.**

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta di una norma che è al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce, e precettiva, in quanto implica che l'individuo, come cittadino, vanti nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute, intesa non solo come bene personale, ma anche come bene della collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Sul piano legislativo la realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, essenzialmente attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. L'aspetto peculiare della riforma del 1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali, ossia le strutture operative dei Comuni, singoli o associati alle Comunità Montane, preordinate a soddisfare le esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

Con il decreto legislativo n. 502 del 1992 si è assistito ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.); il principio di aziendalizzazione, la riduzione del numero delle USL; il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni; la libera scelta del cittadino; l'istituzione delle figure di Direttore generale, di Direttore sanitario aziendale e di Direttore Amministrativo; l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale; l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 112 del 1998 si è disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residuali riservati allo Stato. Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata, e in alcuni casi a livello di amministrazione attiva.

La regionalizzazione del Sistema venne quindi rafforzata con la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il *“complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”*.

Infine, nel 2001, con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata

la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale (L.E.A.), mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute: in tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) individuano le prestazioni sanitarie e sociosanitarie garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini tramite le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, e sono definiti, di norma, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

In particolare, l'articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome, ha disciplinato la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

Più in dettaglio, il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM 5 marzo 2007, distingue tra prestazioni garantite, a carico del SSN, individuate nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale (medicina di base e di emergenza, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e specialistica ambulatoriale) e nell'assistenza ospedaliera, e prestazioni a carico del cittadino, come gli interventi di chirurgia estetica, l'erogazione di medicine non convenzionali, delle vaccinazioni non obbligatorie, ecc.

L'esigenza di una revisione dei L.E.A. è stata ribadita dall'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 – cosiddetto decreto Balduzzi - che ne ha previsto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2012, con prioritario riferimento alle malattie croniche e alle malattie rare, nonché con riferimento alle prestazioni rivolte alle persone affette da ludopatia. Il relativo schema di decreto è attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In tema di riparto delle competenze, nel corso dell'indagine conoscitiva, gli auditi hanno lamentato, in modo diverso e a seconda del settore di riferimento, notevoli differenze territoriali nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sollecitando un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei L.E.A. omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104,

sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

### ***1.1. Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario.***

Attualmente il sistema sanitario è caratterizzato da servizi regionali profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In particolare, è stato sottolineato come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessiti di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale italiano, non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli, sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani.

In effetti, la crisi economica e il cambiamento delle dinamiche demografiche hanno determinato, negli ultimi anni, l'adozione di politiche nazionali e regionali diverse dal passato anche in tema di assistenza. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, ad esempio, le misure adottate hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario, che viene riservato alle patologie gravi, con un sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> E' all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Lo schema contiene l'indicazione programmatica di riduzione dello standard dei

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *équipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso,

---

posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del SSN in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale, posto che la rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale primaria.

sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

Recentemente l'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012 ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). In particolare, le unità complesse di cure primarie dovranno privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le AFT e le UCCP forniranno le prestazioni attraverso personale convenzionato con il SSN, ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti che operano sul territorio.

Tuttavia il decreto-legge n. 158 del 2012 non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto, quindi, la situazione si presenta diversa a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, invece, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.

## **2. La spesa sanitaria.**

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi<sup>48</sup>. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, eccetera.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto

---

<sup>48</sup> Secondo quanto riportato nel documento dell'aprile 2013 della Ragioneria generale dello Stato "La spesa pubblica in Europa – anni 2000-2011", la spesa sanitaria dell'Unione europea è infatti passata dal 7,6 per cento del Pil nel 2009 al 7,3 per cento nel 2011. Analogo andamento si è registrato in Italia, ove tale spesa è scesa dal 7,3 per cento nel 2009 al 7,1 per cento nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi di consuntivo.

rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento nel 2012. Tale aggregato di spesa, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, dai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e dalle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Un aggregato di spesa complessivo concernente il settore sanitario è invece esposto nel Conto della Pubblica Amministrazione. Il consolidamento dei conti del settore viene effettuato a consuntivo dall'Istat sulla base dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, facendo riferimento ai soggetti operatori: le prestazioni sono infatti erogate agli utenti direttamente attraverso le strutture del Servizio sanitario nazionale, o indirettamente attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati<sup>49</sup>. Sotto tale profilo, pertanto, la spesa sanitaria si divide in quella riconducibile ai produttori di beni e servizi *non market* - per le prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSN - e nella spesa riconducibile a prestazioni erogate da produttori *market* (erogate, quindi, per conto del SSN e da questo remunerate).

Secondo i dati ISTAT la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore - 110,8 miliardi circa - pari al 7,1 per cento del PIL nel 2012. Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di spesa sanitaria privata, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta tra le più basse dei paesi avanzati, attestandosi sia sotto la media OCSE, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei paesi UE-15, pari al 10 per cento.

I dati della tabella che segue mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dal 2000 al 2011, che riguarda indistintamente i tre modelli sanitari: universalistici (Italia), assicurativi (USA), mutualistici (Germania).

*Spesa complessiva in percentuale rispetto al PIL e sua suddivisione tra pubblica e privata (a sua volta divisa in out-of-pocket o spesa delle famiglie e assicurata) in alcuni Paesi del mondo<sup>50</sup>*

<sup>49</sup> Le prestazioni sanitarie costituiscono la parte preponderante delle prestazioni sociali in natura, mentre la parte restante è costituita da prestazioni di tipo assistenziale.

<sup>50</sup> Si veda la documentazione presentata dal prof. Davide Croce, direttore CREMS, nel corso della sua audizione presso le Commissioni riunite V e XII nella seduta del 17 giugno 2013.

	PUBBLICA				PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREMS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Australia	8,1%	9,0%	66,8%	68,5%	19,8%	19,8%	13,4%	11,7%	2.253	3.692
Brasile	7,2%	8,9%	40,3%	45,7%	38,0%	31,3%	21,7%	22,9%	503	1.043
Russia	5,4%	6,2%	59,9%	59,7%	30,9%	35,4%	10,5%	4,9%	369	1.316
India	4,3%	3,9%	26,0%	31,0%	66,1%	59,4%	6,1%	9,6%	65	141
Cina	4,6%	5,2%	38,3%	55,9%	59,0%	34,8%	2,7%	9,3%	108	242
Sudafrica	8,3%	8,5%	41,3%	47,7%	13,0%	7,2%	46,4%	45,1%	552	942
Canada	8,8%	11,2%	70,4%	70,4%	15,9%	14,4%	13,7%	15,2%	2.519	4.520
Giappone	7,6%	9,3%	80,8%	80,0%	15,4%	16,4%	3,8%	3,6%	1.974	3.174
USA	13,4%	17,9%	43,2%	45,9%	14,5%	11,3%	42,3%	42,8%	4.703	8.608
<b>Italia</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,5%</b>	<b>72,5%</b>	<b>77,2%</b>	<b>22,6%</b>	<b>19,9%</b>	<b>3,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2.064</b>	<b>3.130</b>
Francia	10,1%	11,6%	79,4%	76,7%	7,1%	7,5%	13,5%	15,8%	2.546	4.085
Germania	10,4%	11,1%	79,5%	75,9%	10,4%	12,4%	10,0%	11,7%	2.679	4.371
Spagna	7,2%	9,4%	71,6%	73,6%	23,6%	20,1%	4,9%	6,3%	1.538	3.041
UK	7,0%	9,3%	78,8%	82,7%	11,4%	9,2%	9,4%	8,1%	1.835	3.322
Svezia	8,2%	9,4%	84,9%	80,9%	13,8%	16,9%	1,3%	2,1%	2.287	3.870
Svizzera	9,9%	10,9%	55,4%	65,4%	33,0%	25,0%	11,6%	9,6%	3.210	5.564

Nel confronto con i principali paesi europei, la spesa sanitaria complessiva dell'Italia in rapporto al PIL risulta di circa due punti percentuali inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. Analoghi risultati emergono eseguendo il raffronto con riferimento alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, che per l'Italia è pari al 7 per cento del PIL.

Guardando ai dati di consuntivo degli anni 2008-2012, si osserva che, come già accennato, la spesa sanitaria assorbe una quota significativa della spesa al netto degli interessi (circa il 15,6 per cento). Il rallentamento della dinamica di crescita rispetto al precedente quinquennio (+1,7 per cento la crescita media annua rispetto al +5,2 per cento del 2003-2007) si accentua nell'ultimo periodo quando, per due anni consecutivi (2011 e 2012), si assiste ad una riduzione in valore assoluto della spesa. La caduta del PIL anche in termini nominali verificatasi nel 2008-2009 e nuovamente nel 2012 ne determina, tuttavia, un'incidenza sul prodotto che si mantiene superiore al 7 per cento. La dinamica osservata nella spesa è effetto di andamenti differenziati nei vari comparti. La seguente tavola analizza l'andamento della spesa con riferimento alla classificazione per operatori, prendendo quindi in considerazione le prestazioni offerte dalle strutture del SSN (c.d. produttori *non market*) e quelle erogate attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati (c.d. produttori *market*). A queste si aggiungono le altre uscite correnti, quali le contribuzioni diverse o le spese relative ai servizi amministrativi, che contribuiscono insieme alle prestazioni in natura alla determinazione della spesa sanitaria complessiva.

## Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
- Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
- Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
- Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
- Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
- Assistenza protesica e balneo termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
- Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
- Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
- Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
- Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
- Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
- Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
- Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
<b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>	<b>108.891</b>	<b>110.474</b>	<b>112.526</b>	<b>111.593</b>	<b>110.842</b>

Come emerge dalla tabella precedente, nel quinquennio 2008-2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta progressivamente in diminuzione, a seguito della crescente efficacia degli strumenti di *governance*. Tale valutazione è stata confermata, e anzi accentuata, dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, riferiti al più ampio orizzonte temporale dal 2000 al 2012, da cui risulta che, nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7 per cento, mentre nel periodo 2006-2012 la crescita media era pari all'1,4 per cento. All'interno di tale secondo periodo, più in particolare, la variazione media annua è risultata pari a circa il 2,5 per cento nel segmento 2006-2010, per scendere poi a - 0,8 per cento nel triennio 2010-2012. Tale ultimo valore deriva da un andamento particolarmente virtuoso registratosi negli anni 2011 e 2012, nei quali la spesa diminuisce non solo in termini reali ma – con un andamento senza precedenti nella recente storia degli andamenti della spesa sanitaria – anche in termini nominali. Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato, come meglio si vedrà in seguito, tutte le componenti della spesa, dal personale (dipendente e convenzionato), ai privati accreditati, ai beni e servizi, fino ad arrivare alla spesa farmaceutica.

Si tratta di una tendenza confermata per il periodo 2013-2017 dal Documento di economia e finanza 2013, come risulta dalla seguente tabella:

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni DEF 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
var % su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
% su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
% su PIL	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

In particolare, la spesa sanitaria è prevista crescere dello 0,2 per cento nel 2013, a fronte di un ritmo più sostenuto nel periodo successivo (+1,9 per cento in media annua). Data una variazione attesa del PIL nominale pari a +3,2 per cento annuo, l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento nel 2017. Aumenta, invece, di 0,4 decimi di punto l'incidenza sulla spesa primaria per la quale si prevede una variazione più contenuta<sup>51</sup>.

L'evoluzione stimata per il periodo 2013-2017 dal Documento di Economia e Finanza dovrebbe essere favorita, secondo quanto segnalato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, dall'implementazione di alcune disposizioni recate dalla disciplina attuativa del federalismo fiscale. Si tratta, innanzitutto, del decreto legislativo n. 68 del 2011, per la parte relativa ai fabbisogni del settore sanitario, laddove si prevede l'individuazione di tre regioni *benchmark*, sulla base di requisiti sia finanziari, quali l'equilibrio di bilancio, che qualitativi - come ad esempio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza - che consentirà l'individuazione di parametri di riferimento, per la *governance* delle altre regioni, basati sia sulla spesa che sulla qualità dei risultati. In secondo luogo, si tratta del decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili, che consentirà una migliore individuazione, nell'ambito del bilancio regionale, dell'area del finanziamento sanitario<sup>52</sup>.

Nel corso dell'indagine conoscitiva sono state affrontate le problematiche concernenti l'andamento di alcune spese dianzi menzionate che incidono in misura significativa sulla complessiva spesa sanitaria: la spesa per il personale medico e sanitario, la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

<sup>51</sup> Come precisato dal DEF, gli andamenti descritti riflettono il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento, i risultati per il 2012, nonché l'efficacia delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti.

<sup>52</sup> In ordine a tale provvedimento la Conferenza delle regioni, per altro, ha evidenziato alcune criticità, con riguardo in particolare: all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio in cui sono stati acquisiti; obbligo che ha effetti negativi sugli investimenti medesimi, in presenza di un finanziamento degli stessi che avviene prevalentemente con risorse provenienti dal Fondo sanitario nazionale o da risorse proprie regionali; all'innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti), che comporta un appesantimento degli oneri a carico delle aziende.

## **2.1. La spesa per il personale medico e sanitario.**

Allo stato attuale la spesa per il personale del sistema sanitario ammonta a oltre 36 miliardi di euro, rappresentando uno dei maggiori aggregati di spesa (circa un terzo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) e, quindi, uno dei principali fattori su cui incidere ai fini della razionalizzazione dei costi per la sanità.

Tale spesa, dopo essere cresciuta in media del 5,4 per cento negli anni dal 2000 al 2006, rallenta ad un incremento medio dell'1,4 per cento dal 2006 al 2010, per diminuire poi in termini anche nominali nell'ultimo biennio (-2,1 per cento annuo). In media la spesa per il personale è scesa dell'1,3 per cento. Si è infatti passati dai 36,618 miliardi del 2010 ai 36,149 miliardi del 2011. La maggior parte della spesa per il personale è imputabile al ruolo sanitario (dirigenti medici e non medici e comparto del ruolo sanitario); da notare che dal confronto dei due anni appare che l'incidenza dei dirigenti medici sul totale del costo del personale è diminuita passando dal 37,2 per cento al 36,9 per cento. Per contro, l'incidenza del comparto del ruolo sanitario è aumentata arrivando a sfiorare il 40 per cento.

Come per altro precisato nell'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, tale riduzione non è dovuta solo a misure straordinarie ma anche a interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di cui si dirà in seguito, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori.

Per quanto attiene al costo medio, il costo del personale delle Regioni si attesta ad un valore, sempre per il 2011, pari a 56.240 euro, sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (+0,4 per cento), anche per l'effetto delle manovre che hanno portato al congelamento della contrattazione collettiva in quasi tutto il pubblico impiego. Il *range* tra il valore minimo ed il valore massimo del costo medio del personale tra le Regioni, esclusa la Provincia di Bolzano, è pari a circa 14.000 euro.

Si rileva una forte variabilità nei dati sia nel confronto tra Regioni sia all'interno delle Regioni stesse. Difatti, dalla comparazione tra i costi medi dei singoli ruoli delle regioni sono riscontrabili differenze che arrivano a 30.000 euro, mentre all'interno della stessa regione possono raggiungere picchi di quasi 50.000 euro annui. Queste differenze sono da imputare principalmente alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del

Servizio sanitario regionale, in quanto le voci retributive di base sono stabilite da contratti di comparto con validità nazionale.

E' stato evidenziato quindi che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori. Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli standard assistenziali senza incrementi di personale. In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.

Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti *over 55* è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. Tale fenomeno, che vede la presenza di 115 mila medici nell'arco di età tra 51-59 anni, ossia circa un terzo del totale, perdurando le restrizioni all'ingresso di nuovi medici, potrebbe tradursi nel prossimo futuro in una riduzione dell'offerta sanitaria. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo.

In questo quadro, appare necessario indagare alcuni comportamenti che le regioni possono porre in essere per supplire alle carenze di personale, che si possono verificare dopo lunghi periodi di blocchi del *turn-over*, ad esempio esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e utilizzo di personale in convenzione. Questo spostamento dalle forme "classiche" di acquisizione delle risorse umane deve essere monitorato e studiato con attenzione, in quanto rappresenterà per il futuro una voce sempre più importante di spesa del Servizio sanitario.

Occorre, inoltre, studiare la notevole variabilità dei dati all'interno della stessa Regione. Infatti il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di alcune voci che, quindi, possono variare in relazione all'ammontare dei cosiddetti fondi integrativi aziendali. Una errata determinazione dei fondi, effettuata la prima volta nel 1996, e una non corretta applicazione degli incrementi contrattuali previsti nel corso degli anni, potrebbe essere la causa di questa notevole variabilità dei dati.

E' stato altresì rilevato che dagli approfondimenti effettuati relativi all'eventuale correlazione tra i costi della dirigenza di vertice e la popolazione residente, ovvero tra questi e il reddito della popolazione medesima, è emerso che il costo medio della dirigenza di vertice non è statisticamente correlato alle variabili osservate (popolazione, reddito medio e

finanziamento pro-capite), ma dipende esclusivamente dalle scelte politico-finanziarie delle Regioni.

## **2.2. La spesa farmaceutica.**

La spesa farmaceutica è costituita da due componenti: la farmaceutica territoriale e la farmaceutica ospedaliera. La spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate, attraverso la distribuzione diretta, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La spesa farmaceutica ospedaliera indica invece la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

Le due componenti hanno manifestato negli ultimi anni dinamiche contrastanti: la spesa farmaceutica ospedaliera è cresciuta significativamente, a fronte di un rilevante contenimento di quella territoriale verificatosi anche grazie ai ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci e alle ulteriori misure relative agli aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, come meglio si vedrà in seguito.

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale mostra un andamento decrescente pari al -3 per cento medio annuo già nel periodo 2006-2010, fino ad arrivare al -8,5 per cento medio annuo nel periodo 2010-2012. La costanza di tali decrementi ha fatto sì che l'ammontare di tale spesa risulti, nell'anno 2012, inferiore anche in valore assoluto rispetto all'anno precedente (-2,5 miliardi circa). Questo processo è stato favorito dalla circostanza che negli ultimi anni si è osservata una costante diminuzione del prezzo medio dei farmaci, in relazione alla scadenza brevettuale di taluni medicinali e alla conseguente immissione in commercio di farmaci generici con prezzo inferiore.

Un andamento diverso è stato invece osservato in relazione alla spesa per farmaci ospedalieri, che negli anni scorsi ha avuto un *trend* di crescita significativo (superiore al 12 per cento medio annuo nel periodo 2006-2010), comunque notevolmente ridotto nell'ultimo biennio, nel quale è cifrabile a circa il 4 per cento. Si tratta infatti di un settore che risente dell'immissione in commercio di farmaci innovativi e quindi molto costosi (ad esempio i farmaci oncologici). Sulla base della legislazione vigente, fino all'anno 2012, il superamento del tetto di spesa previsto nel settore, al contrario di quanto previsto per la farmaceutica territoriale, non comportava conseguenze finanziarie negative a carico delle aziende produttrici. Dal 2013, viceversa, anche alla spesa farmaceutica ospedaliera si applica il meccanismo del *pay-back*, sebbene solo con riferimento al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva gli *stakeholders* del settore farmaceutico hanno invece lamentato la depressione del settore che, a loro avviso, è dovuta principalmente alla compressione dei ricavi derivante dalla riduzione dei prezzi dei medicinali, alla particolare incidenza del peso di alcune voci di costo, quali la logistica, la burocrazia e i costi associati all'energia - maggiori in Italia rispetto alla media europea -, ai tempi di pagamento delle strutture pubbliche - in media attestati sui 250 giorni - nonché all'esistenza dei tetti di spesa farmaceutica, inaspriti a seguito delle recenti manovre finanziarie<sup>53</sup>.

Sul costo dei farmaci incide in misura significativa la ricerca farmaceutica. E' stato infatti rilevato da più parti come il progressivo aumento dei costi della ricerca ne metta a rischio la stessa sostenibilità per il futuro. In proposito, è stato sottolineato<sup>54</sup> come solo una sostanza ogni 5-10 mila superi con successo i molti test necessari per essere approvata, solo 2 farmaci su 10 consentano di ammortizzare i costi di ricerca e sviluppo e come lo sviluppo di terapie personalizzate e di farmaci, come i biotecnologici, sempre più efficaci in risposta ad esigenze terapeutiche complesse, comporti costi sempre più ingenti.

Strettamente legato al tema della sostenibilità delle spese per la ricerca è quello della protezione brevettuale del farmaco. In questo ambito, l'AIFA ha la responsabilità di garantire che ogni farmaco immesso in commercio rispetti tutti i requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia, ma anche quella di gestire l'equilibrio della spesa farmaceutica pubblica. Nel corso dell'indagine conoscitiva sono emerse su questo tema due posizioni distinte, quella delle aziende *originator*, interessate alla tutela della proprietà intellettuale, e quella delle aziende produttrici di farmaci generici, interessate ad accedere al mercato immediatamente dopo la scadenza brevettuale.

In particolare, in materia di regolamentazione dell'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto, le prime hanno evidenziato come la tutela brevettuale appaia basilare perché le industrie del farmaco possano continuare a sostenere gli elevati costi degli investimenti in ricerca e sviluppo, garantendo la certezza della durata della copertura brevettuale, posto che la mancanza di regole certe per l'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto contribuirebbe ad allontanare gli investimenti in ricerca ed innovazione dal nostro Paese<sup>55</sup>, le seconde, invece, hanno proposto l'ampliamento della cosiddetta "clausola Bolar", prevista dalla legislazione comunitaria e recepita in Italia nel Codice dei medicinali, che consente ai produttori di farmaci generici di realizzare lo sviluppo, i *test* ed i lavori sperimentali necessari per la registrazione di un farmaco generico durante il periodo di vigenza del brevetto del prodotto di riferimento; inoltre hanno proposto che i risparmi generati dalle scadenze brevettuali - ammontanti a quasi 4 miliardi di euro negli ultimi

<sup>53</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

<sup>54</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

<sup>55</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

10 anni ma in progressivo aumento con le prossime scadenze brevettuali dei farmaci biologici - siano destinati al finanziamento dell'innovazione<sup>56</sup>.

Infine, sulla questione dell'accesso ai farmaci innovativi, cioè quei farmaci che agiscono su patologie altamente diffuse e utilizzati prevalentemente nelle strutture ospedaliere, come i farmaci oncologici ed antivirali, sono state lamentate l'eccessiva lunghezza dei tempi di accesso all'innovazione, pari ad oltre due anni rispetto alla media europea, e le differenze regionali, derivate dalla esistenza di diversi proutuari regionali e territoriali<sup>57</sup>, nonostante le norme recentemente introdotte dal decreto-legge n. 158 del 2012, il cui articolo 10, come modificato dal successivo decreto-legge n. 69 del 2013, ha cercato di risolvere il problema delle diverse politiche regionali di dispensazione dei farmaci innovativi stabilendo l'immediata disponibilità dei medicinali indipendentemente dal loro inserimento nei proutuari terapeutici ospedalieri nonché una corsia preferenziale di massimo 100 giorni nell'*iter* di classificazione e negoziazione<sup>58</sup>.

### **2.3. La spesa per beni e servizi.**

L'acquisto di beni e servizi è condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che siano efficaci ed efficienti.

Gli acquisti per i beni vengono codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi, che rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, e molto altro ancora. I pagamenti effettuati per questi acquisti risultano pari a 11,3 miliardi di euro nel 2009 (9,41 per cento del totale pagamenti), 11,6 miliardi di euro nel 2010 (9,72 per cento del totale pagamenti) e 11 miliardi di euro nel 2011 (9,27 per cento del totale pagamenti). I pagamenti per acquisti di beni non sanitari (ascrivibili fra l'altro ad acquisti di prodotti alimentari, combustibili, carburanti, supporti informatici, cancelleria, pulizia) costituiscono una quota più modesta del totale della spesa: 1.213 milioni di euro nel 2009 (9,68 per cento del totale della spesa per acquisto di beni), 682 milioni di euro nel 2010 (5,56 per cento del totale della spesa per acquisto di beni) e 607 milioni di euro nel 2011 (5,19 per cento del totale della spesa per acquisto di beni).

<sup>56</sup> In proposito, si veda l'audizione di Assogenerici.

<sup>57</sup> In proposito, si veda l'audizione di Federfarma.

<sup>58</sup> Federfarma ha lamentato che il tempo di accesso a livello regionale, dopo l'approvazione nazionale, continua ad attestarsi intorno ai 300 giorni, con regioni che mettono a disposizione il farmaco nell'arco di un mese o due, regioni che lo mettono a disposizione anche dopo 700 giorni e regioni che non lo rendono mai disponibile. Sul medesimo tema è intervenuta anche Assobiotech, che ha sottolineato la particolare importanza delle regole di accesso dei farmaci innovativi all'interno dei proutuari terapeutici per attrarre investimenti nel settore farmaceutico, rilevando altresì il *gap* dell'Italia rispetto ad altri Paesi europei, per numero di farmaci innovativi con brevetto lanciati negli ultimi tre anni, differenza che avrebbe rilevanti ricadute economiche.

I pagamenti per acquisti di servizi costituiscono, in media, la parte più consistente dei pagamenti per spesa corrente (circa il 44 per cento del totale pagamenti correnti) e mostrano valori pari a 50,3 miliardi di euro nel 2009, 51 miliardi di euro nel 2010 e 50,8 miliardi di euro nel 2011. La tipologia di pagamenti viene ripartita nelle macro-voci “acquisto di servizi sanitari” ed “acquisto di servizi non sanitari”. I primi rappresentano la parte più considerevole dei pagamenti (oltre il 36 per cento del totale pagamenti correnti); gli acquisti per servizi non sanitari costituiscono una parte più esigua, seppur rilevante come massa di pagamenti, del totale spesa corrente (di poco superiore al 7 per cento).

La spesa annua per beni e servizi, al netto dei farmaci ospedalieri, è passata da un incremento medio annuo del 7,6 per cento nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,4 per cento nel periodo 2006-2010, ulteriormente ridotto al 2,8 per cento nel periodo 2010-2012 e con una prevista riduzione di spesa di circa 3 miliardi nel 2013 e 3,8 miliardi a decorrere dal 2014, a seguito di alcune misure introdotte nel 2011 e 2012, da ultimo con la legge di stabilità 2013.

Nel corso della scorsa Legislatura si è cercato di favorire i processi di acquisto rispondenti al criterio dell'offerta economicamente più conveniente attraverso la determinazione dei prezzi di riferimento: passaggio fondamentale non solo per la realizzazione della *spending review* sanitaria, ma anche per il disegno federalista tracciato dal decreto legislativo n. 68 del 2011, di cui si dirà in seguito.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso che, ai fini del contenimento della spesa, la spesa per beni e servizi potrebbe essere opportunamente distinta in tre categorie: la spesa comune, ossia fotocopiatrici, penne, carta e detersivi, identica per tutte le pubbliche amministrazioni; una quota di spesa comune specifica relativa, per esempio, alla manutenzione degli edifici ospedalieri o ambulanze; infine, una spesa specifica destinata a farmaci, presidi, beni economici, siringhe e così via. Per quest'ultima categoria, ad esclusione dei farmaci, è stato evidenziato che più ci si allontana dall'utilizzatore, più si rischia di acquistare in maniera impropria. Pertanto, maggiore è la specificità dell'approvvigionamento e minore dovrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale del bene o del servizio. Allo stesso tempo maggiore è la standardizzazione (ad esempio fotocopiatrici) e maggiore è la quantità richiesta e tanto maggiore potrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale. Per tali ragioni, anche in presenza di interventi di *spending review*, o di costi standard, si rende comunque necessario intervenire contestualmente sull'organizzazione, per rendere più efficaci le predette misure di riduzione della spesa<sup>59</sup>.

### **3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano.**

---

<sup>59</sup> Si veda l'audizione del prof. Croce (CREMS).

Il sistema della *governance* del sistema sanitario è articolato su una precisa differenziazione dei ruoli tra Stato e regioni, secondo cui lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza e garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, e le regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l'erogazione delle prestazioni.

La sede di definizione di tale *governance* è stata individuata dalle Intese Stato-Regioni-Province autonome, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione. Di conseguenza, sulla base di intese in Conferenza Stato-Regioni, è definito annualmente, tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica, il livello di finanziamento del SSN cui contribuisce in via ordinaria lo Stato. L'ammontare di risorse così definito è diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Eventuali spese superiori al finanziamento concordato, conseguenti alle scelte di alcune regioni di erogare livelli di prestazioni superiori ai LEA (e quindi "programmate" in sede di predisposizione dei bilanci regionali) o a una dinamica dei costi non congruente con quella sottesa alla quantificazione del fabbisogno, sono coperti a carico delle singole regioni.

Ciò in base al principio della responsabilità finanziaria delle regioni nella gestione della sanità, sancito a partire dagli Accordi del 2001 e del 2005 e ribadito dai successivi Patti della Salute del settembre 2006 (valido per il triennio 2007-2009) e del dicembre 2009 (relativo al periodo 2010-2012), il cui contenuto è stato recepito dalle leggi finanziarie. La copertura del livello di finanziamento definito in sede di Intesa è assicurata dalle entrate proprie delle ASL e delle aziende ospedaliere, dal gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF e, a copertura integrale del fabbisogno riconosciuto, dall'erogazione di cassa da parte dello Stato delle compartecipazioni all'IVA e all'accisa sulla benzina. In aggiunta a tali risorse, vanno considerati i tributi delle regioni a statuto speciale destinati alla sanità, e la quota del FSN a destinazione vincolata.

Il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato relativo agli esercizi 2008-2012 è riportato nella tabella che segue:

	2008	2009	2010	2011	2012
Livello di finanziamento cui concorre lo Stato ( <i>milioni di euro</i> )	100.609	103.461	105.566	106.800	107.961

Alle suddette risorse, computate ai fini della copertura del cosiddetto fabbisogno indistinto, si aggiungono i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi, nonché i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD

PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali). Risorse pubbliche aggiuntive vengono infine destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

Una volta definito il livello di risorse del SSN, esso è ripartito con indicazione separata del fabbisogno indistinto, relativo al finanziamento dei LEA, e delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le regioni e gli altri enti del SSN). Il fabbisogno indistinto è ripartito secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse avrebbero dovuto essere ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari.

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, per grandi aggregati di spesa, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impenna l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni benchmark, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Il decreto legislativo n. 68 del 2011 dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria basato sui valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.

Le maggiori novità sono introdotte dall'articolo 27, che vincola la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali all'individuazione delle regioni di riferimento. A tal fine, il Ministro della salute individua cinque regioni da sottoporre per la scelta definitiva alla Conferenza Stato-Regioni. Fra le cinque Regioni, la Conferenza ne seleziona tre, tra cui obbligatoriamente la prima delle cinque, che divengono le regioni di riferimento per il calcolo dei costi standard.

Con la delibera del Consiglio dei ministri 11 dicembre 2012 sono stati definiti i criteri attraverso cui individuare le 5 Regioni eleggibili per definire costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Sulla base dei citati criteri, nel luglio 2013 il Ministero della salute ha selezionato cinque regioni: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra le cinque regioni, la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 5 dicembre 2013, ha individuato le regioni Umbria, Emilia-Romagna e Veneto quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario. A seguito dell'individuazione delle regioni di riferimento, il Ministero della salute ha predisposto la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN per il 2013. In sede di determinazione, sono state distinte la

quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni. Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2013 è stato così determinato in 107.004,50 milioni di euro. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari.

In questo contesto, nel corso dell'indagine conoscitiva, la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha lamentato, sia a causa delle misure di contenimento della spesa di cui si dirà tra breve, sia a causa della riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una contrazione delle risorse destinate dallo Stato alle regioni pari a circa 31 miliardi e 553 milioni di euro nel periodo 2011-2015.

### **3.1. I piani di rientro.**

Con la legge finanziaria 2005 e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario *in deficit*. Con riferimento alla complessa strumentazione normativa implementata si evidenziano, in via sintetica:

- il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale nel rispetto degli equilibri di bilancio;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'obbligo dell'Accordo fra le Regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa. Essi sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la legge finanziaria per il 2010, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, ha stabilito nuove regole per i Piani di rientro e per il commissariamento delle regioni<sup>60</sup>. Attualmente sono ancora 8 le Regioni in Piano di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), mentre sono 2 (Liguria e Sardegna) quelle che hanno superato le verifiche e avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano di rientro. Le regioni "commissariate" sono 5 (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Molise).

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni *benchmark*, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Com'è naturale, quella dei piani di rientro è stata una questione più volte emersa nel corso dell'indagine, attesa la numerosità degli enti interessati, tale da far ritenere che sussista una "questione piani di rientro", come possibile punto di crisi in cui verificare la sostenibilità finanziaria del sistema, vale a dire la coerenza tra l'osservanza da parte di ciascuna regione dei parametri contabili posti a presidio del sistema e il mantenimento dei livelli delle prestazioni richieste dalla natura universalistica del sistema sanitario nazionale.

In via generale i piani di rientro rappresentano l'elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro. Il tutto attraverso un percorso di regolamentazione che prevede prima il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali, in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, poi il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie, ed infine l'obbligo dell'accordo fra le regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente, per l'appunto, un piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I singoli piani di rientro individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi – secondo la valutazione espressa in audizione dalla Ragioneria Generale dello Stato – come veri e propri

<sup>60</sup> Oltre a ridurre al 5 per cento il livello di squilibrio economico, in precedenza fissato al 7 per cento, per la presentazione del Piano di rientro regionale, viene modificata la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*.

programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggita al controllo delle regioni. In tal senso il Ministro dell'economia e delle finanze ha segnalato come dall'evidenza empirica disponibile sia emersa una correlazione positiva tra la presenza di disavanzi di gestione e il peggioramento della qualità dei servizi forniti. Tale correlazione sembra parzialmente attenuata a seguito dei piani di rientro, atteso che nelle regioni coinvolte dagli stessi si è osservato non solo una riduzione del disavanzo, ma anche un miglioramento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, seppure in misura e tempi non uniformi.

Il risultato finanziario va però valutato anche alla luce della “percezione” della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così “sovrafinanziato” in termini individuali.

Tale risultato va altresì considerato rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza. Su tale aspetto si è diffusamente soffermata la Conferenza delle regioni, che lamenta nel diffondersi dei piani di rientro una progressiva perdita di progettualità, con un risanamento che è risultato prevalentemente economico ed è derivato dall'inasprimento fiscale e dei *ticket*, senza incidere contestualmente sul miglioramento dei livelli delle prestazioni, non risolvendo i nodi strutturali ancora esistenti.

E' stata pertanto segnalata la necessità di legare le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale e di offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali; inoltre, il perdurare del blocco del *turn-over*, solo recentemente parzialmente superato dalla legge n. 189 del 2012, e la necessità di assicurare comunque i livelli di assistenza, rende indifferibile una diversa regolazione delle politiche di reclutamento del personale dei servizi sanitari delle regioni in piano di rientro; da ultimo, è stata evidenziata la necessità di rafforzare il ruolo ed i poteri delle gestioni commissariali (procedendo alle nomine con DPCM, ad esempio), anche per una miglior difesa giudiziaria dei relativi provvedimenti.

Inoltre, la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui L.E.A. dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore dovrebbe rappresentare un altro argomento importante di discussione così come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio assistenziale) rappresenta una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale<sup>61</sup>. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E' stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando

---

<sup>61</sup> Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Parte importante è anche la definizione di un quadro di riferimento normativo sui LEA sociosanitari. A tal proposito, l'articolo 46 della legge finanziaria 2003 ha infatti previsto l'adozione, con apposito DPCM, previa intesa della Conferenza unificata, dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, in una logica di separazione degli ambiti sociale e sanitario. Successivamente, nel periodo 2002-2005 è stata costituita una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata che, tuttavia, non ha mai concluso i suoi lavori<sup>62</sup>.

Ma se da un lato non appare ragionevole pensare ad un reperimento di ulteriori risorse da destinare al finanziamento del Servizio, d'altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del taglio lineare, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco. I tagli lineari non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli sprechi; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali.

In sostanza, è necessario un cambiamento di metodo, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.

#### **4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni.**

Anche in Italia, come anche negli altri paesi europei, si pone la questione della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, che dipende sia dall'andamento della spesa sia dalla capacità del Paese di generare le risorse necessarie per farvi fronte, attraverso un prelievo fiscale percepito come sostenibile dalla collettività. Un tema di carattere generale che è stato posto da molti dei soggetti auditi pertanto attiene ai numerosi fattori, alcuni presumibilmente di carattere transitorio ed altri invece non transitori, che incidono sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

---

<sup>62</sup> Il punto su cui la Commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Successivamente, la legge finanziaria 2007 ha istituito il Fondo per le non autosufficienze per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo.

I primi sono individuabili nella recessione economica, che limita le risorse disponibili per il SSN: il finanziamento del sistema è in parte rilevante legato al ciclo economico, in quanto basato significativamente sulla raccolta fiscale: ne deriva una riduzione delle risorse in presenza di una congiuntura negativa, quale quella che, ormai quasi senza interruzione dal 2008 fino ad oggi, ha caratterizzato il nostro Paese, con riflessi negativi sul gettito Irap, sulla compartecipazione Iva e sulle addizionali Irpef.

I fattori invece non transitori sono costituiti innanzitutto dall'invecchiamento della popolazione, già sopra ricordato, a fronte del quale si è in presenza, al momento, di una crescente delega assistenziale da parte dello Stato nei confronti delle famiglie, che tuttavia – anche per l'evoluzione demografica – nel futuro saranno sempre meno in grado di sostenerla. In secondo luogo vanno considerati i cambiamenti epidemiologici (epidemia della cronicità), gli stili di vita legati all'obesità e la dinamica del progresso scientifico, dato che il tasso di crescita dell'innovazione supera di molto il tasso di crescita economica, ossia l'incremento delle risorse disponibili per utilizzare l'innovazione. Infine, bisogna considerare la crescita delle aspettative dei cittadini, con conseguente aumento della domanda di prestazione sanitaria e “non accettazione” dello stato di malattia.

Benché il primo dei due aspetti suddetti - vale a dire quello legato alla recessione - sia contrassegnabile da un carattere transitorio, al momento entrambi i fattori producono dinamiche - minor disponibilità di risorse da un lato e richiesta di maggiore spesa dall'altro - che incidono negativamente sulla sostenibilità finanziaria del sistema. In presenza di tali dinamiche, gli interventi di riduzione/stabilizzazione della spesa, se non accompagnati da misure di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse, divengono forme di razionamento implicito nella soddisfazione dei bisogni sanitari.

In un sistema regionalizzato come il nostro, inoltre, il razionamento aumenta le differenziazioni territoriali, anche per le diverse capacità fiscali tra regioni. Infatti, ci troviamo di fronte a servizi regionali sanitari profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In questo quadro negli ultimi anni sono state adottate a livello nazionale politiche di razionalizzazione della spesa, tendenti ad assicurare una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse, sia mediante l'eliminazione di sprechi grazie alla cosiddetta *spending review* attuata principalmente con il decreto-legge n. 95 del 2012, sia mediante la regolazione della domanda di prestazioni sanitarie, attraverso la compartecipazione alla spesa (*ticket*).

#### **4.1. La spending review.**

Una delle questioni più dibattute nel corso dell'indagine conoscitiva riguarda l'andamento della spesa sanitaria pubblica registrato a seguito delle misure di contenimento adottate con i recenti provvedimenti normativi in materia di "*spending review*". In proposito, è emerso che tra le spese complessive del sistema sanitario italiano, oltre alla spesa per il personale di cui si è detto in precedenza - che dopo essere giunta, nel 2011, a circa il 32 per cento del totale, è ora in diminuzione per effetto della mancata sostituzione del personale in quiescenza derivante da blocco del *turn over*<sup>63</sup>, - quelle maggiormente interessate dai predetti provvedimenti sono le spese relative all'acquisto di beni e servizi, alla farmaceutica e all'assistenza ospedaliera

##### **4.1.1. I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione**

La spesa per l'acquisto di beni e servizi, cui si è fatto cenno in precedenza, è passata dal 29,4 per cento nel 2008 al 30,4 per cento nel 2011, anche grazie alle disposizioni adottate in materia di *spending review*. Al riguardo, si ricorda che l'articolo 17 del decreto-legge n 98 del 2011, ha incaricato l'AGENAS di stilare un elenco dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici, dei farmaci per uso ospedaliero e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. L'Osservatorio dei contratti pubblici fornisce alle Regioni un'elaborazione dei prezzi standard di riferimento - sulla base dei prezzi effettivamente praticati e rilevati - alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Sistema sanitario nazionale.

Vanno poi ricordate le ulteriori misure contenute nel decreto-legge n. 95 del 2012, a partire dal taglio del 5 per cento degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, alla rideterminazione del tetto di spesa per i dispositivi medici - fissato al 4,9 per cento nel 2013 e al 4,8 per cento a partire dal 2014 - nonché alla fissazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale per il 2012 al 13,1 per cento e dal 2013 all'11,35 per cento e di quello della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento. E' stata prevista inoltre la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

La legge di stabilità 2013 (legge n. 228 del 2012) ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha contestualmente introdotto la possibilità, per le regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10 per cento degli appalti, purché sia assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale. Inoltre, gli stessi enti del SSN,

---

<sup>63</sup> Si veda l'audizione del Cergas.

o per loro le regioni e le province autonome, sono tenuti ad avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle Centrali di committenza regionali di riferimento .

In attesa della completa standardizzazione dei prezzi, le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. Se non c'è accordo le Asl possono recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico. Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

Il decreto-legge n. 95 del 2012, inoltre, ha rideterminato dal 2013 il tetto per l'acquisto di dispositivi al 4,9 per cento del fabbisogno sanitario nazionale e a decorrere dal 2014 al valore del 4,8 per cento. Inoltre, per precisare il processo di determinazione annuale dei costi standardizzati, il decreto del Ministero della salute dell'11 gennaio 2013 ha determinato i criteri utili a fissare i parametri di qualità, di standard tecnologico di sicurezza e di efficacia dei dispositivi medici in base ai quali l'AGENAS provvederà ad individuare i dispositivi medici sui quali applicare la standardizzazione dei prezzi di riferimento.

Più in generale, per effetto della *spending review*, la spesa complessiva per beni e servizi delle pubbliche amministrazioni, dopo un decennio di costante crescita<sup>64</sup> ha fatto segnare nel 2012, come risulta dai dati Istat del giugno 2013, una contrazione rispetto all'anno precedente (-2,6 per cento), attestandosi a 132 miliardi di euro. Tuttavia, è stato evidenziato come non tutte le spese, sia pure per approvvigionamento di beni e servizi, possono essere oggetto di razionalizzazione attraverso l'efficiente gestione degli acquisti, operata da CONSIP. Infatti sui 132 miliardi di euro di spesa complessiva per beni e servizi della pubblica amministrazione la Centrale Acquisti è in grado di incidere in una misura pari a circa il 35-40 per cento (ovvero 40 miliardi di euro).

In merito agli effetti della *spending review* sulla spesa per beni e servizi, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state rilevate diverse criticità. In particolare sono stati forniti dati che evidenziano per le aziende sanitarie una realtà di contenimento della spesa ben lontana da quella auspicata dal legislatore<sup>65</sup>. Infatti, su 45 aziende investigate, è risultato che esse hanno conseguito, sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, mediamente uno sconto del 2 per cento<sup>66</sup>. Per altro, anche la proiezione 2013 segue questo *trend* negativo, prevedendosi una percentuale media ponderata di sconto dei costi del 2,6 per cento.

<sup>64</sup> Dal 2000 al 2012 si è registrato un incremento della spesa del 53,3 per cento.

<sup>65</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

<sup>66</sup> Si tratta di dati aggiornati al 5/11/2012.

Dalle elaborazioni ottenute è possibile constatare che sono le regioni interessate dai piani di rientro ad aver conseguito i migliori risultati in termini di risparmio sulla spesa (con una quota del 2,6 per cento per l'anno 2012 ed una stima del 4,6 per cento per il 2013). Mentre le cosiddette regioni "virtuose" sono riuscite a conseguire un valore notevolmente inferiore, dell'1,8 per cento per il 2012 e del solo 1,9 per cento per il 2013. Ciò a riprova di quanto minimo sia il margine di correzione delle inefficienze in alcune realtà sanitarie senza che questo si traduca in una contrazione dei servizi offerti ai cittadini e della stessa qualità assistenziale. E' un segnale inequivocabile che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato fino ad oggi più efficiente e non è quindi nella condizione di ottenere altre riduzioni di prezzo da contratti già favorevoli.

La combinazione dei valori di sconto ottenuti attraverso la riduzione dei costi per la fornitura di beni e servizi, ora esaminata, e di quelli attribuibili alla rinegoziazione dei prezzi di riferimento, ovvero all'altro strumento di contenimento della spesa previsto dal decreto-legge n. 95 del 2012, fa registrare una media del 2,2 per cento di sconto complessivo per l'anno 2012.

Di fronte alle criticità evidenziate, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state presentate una serie di proposte tecniche per una *spending review* sostenibile, quali l'adozione di un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi, posto che l'attuale criterio basato sul prezzo più basso rischierebbe di sacrificare la qualità alla logica del risparmio, nonché la costituzione di una agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto alla innovatività, così come avviene già nel comparto farmaceutico con l'AIFA<sup>67</sup>.

#### **4.1.2. La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio.**

Negli ultimi anni le politiche nazionali e regionali hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario. Secondo dati Istat l'ospedalizzazione rimane di grande rilevanza nel trattamento delle patologie gravi, soprattutto i tumori e le malattie del sistema circolatorio: patologie con un alto tasso di mortalità, per cui è più frequente il ricorso all'ospedale. Si è assistito quindi ad una riduzione dei ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) con il sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto un'ulteriore riduzione dello standard di posti letto, che a regime dovrebbero passare dagli attuali 4 per mille abitanti ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e

<sup>67</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

la lungodegenza post acuzie. Contestualmente il tasso di ospedalizzazione dovrà passare dall'attuale valore di 180 per mille abitanti al valore di 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni (*Day Hospital*). Il decreto legge n. 95 del 2012 ha inoltre stabilito che la riduzione dei posti letto sia posta a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 per cento, conseguita esclusivamente attraverso la riduzione di unità operative complesse. Come rilevato dall'Istat - che fornisce interessanti dati regionali e comparati -, nei prossimi due anni si assisterà quindi a una riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguita esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del SSN per circa 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico)<sup>68</sup>.

Inoltre, per le medesime finalità di razionalizzazione della spesa sanitaria, il decreto-legge n. 95 del 2012 è intervenuto sull'accreditamento, diminuendone il livello di spesa e prevedendo la ridefinizione delle tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite dalle strutture accreditate al SSN. In attuazione della misura, il decreto 18 ottobre 2012 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha rideterminato la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, dell'assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

#### ***4.1.3. Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco.***

Il settore farmaceutico è stato oggetto di molteplici interventi regolatori mirati alla *governance* e al contenimento della spesa farmaceutica a carico del SSN, nelle due componenti dedicate, rispettivamente, alla spesa farmaceutica territoriale e alla spesa farmaceutica ospedaliera.

Il decreto n. 78 del 2010 ha inteso fornire gli strumenti necessari per una corretta programmazione e razionalizzazione della spesa farmaceutica. Gli interventi proposti a tal fine prevedono, fra l'altro, l'avvio di un confronto tecnico tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia nazionale del Farmaco (AIFA) e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica.

---

<sup>68</sup> Affinché la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera possa coniugarsi con l'erogazione uniforme dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il decreto-legge n. 95 del 2012 aveva previsto, entro il 31 ottobre 2012, l'adozione di un regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in base ai quali, entro il 31 dicembre 2012, le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di riduzione tenendo anche conto della mobilità interregionale. Il citato regolamento, tuttavia, non è stato ancora emanato.

In particolare, i criteri indicati prevedono un maggiore controllo delle forme di distribuzione dei farmaci e un diverso sistema di retribuzione delle farmacie, non più basato sul prezzo di riferimento del farmaco bensì sulla prestazione offerta; la predisposizione, da parte dell'AIFA, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la conseguente definizione delle migliori soglie di appropriatezza relative alla prescrizione dei farmaci generici da parte dei medici del SSN. La norma intende monitorare la spesa farmaceutica territoriale al fine di individuare la quota ottimale dei farmaci equivalenti prescritti a prezzo minore per categoria terapeutica equivalente, ovvero uguale composizione in principi attivi.

Si prevede inoltre la fissazione di linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, nonché la rideterminazione delle percentuali di ricavo dovute dal SSN (quote di spettanza) ai grossisti e ai farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di classe A, interamente rimborsati dal SSN<sup>69</sup>.

Il successivo decreto-legge n. 95 del 2012 ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale, sia a livello nazionale che in ogni regione, portandolo, per il 2012, al 13,1 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente il fondo sanitario nazionale.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha rimodulato anche la spesa farmaceutica ospedaliera, precisandone la definizione e i suoi componenti e ha incrementato dal 2013, sia a livello nazionale che in ogni regione, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN. Inoltre, sempre dal 2013, il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa ospedaliera è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale; il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti.

Come rilevato dalla Corte dei conti nel Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, la spesa per la farmaceutica territoriale è risultata, nel 2012, ben al di sotto del tetto previsto: 13,1 miliardi contro i 14 miliardi da considerare quale limite per l'intero esercizio. Hanno superato il tetto 5 regioni: la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania e la Puglia.

La Corte dei conti ha rilevato altresì che la farmaceutica ospedaliera continua a presentare andamenti che continuano a sfiorare in tutte le regioni i tetti assegnati. Rispetto al

---

<sup>69</sup> Tale rideterminazione abbassa la quota dei grossisti al 3 per cento (precedentemente al 6,65 per cento) portando quella dei farmacisti al 30,35 per cento (precedentemente al 26,7 per cento). Per i farmacisti la quota di spettanza del 30,35 per cento deve intendersi come quota minima a questi spettante.

valore obiettivo di 2,6 miliardi (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2012), la spesa ha raggiunto i 4,2 miliardi pari al 4 per cento del finanziamento del SSN. Superiori di due punti al limite previsto: la Puglia, la Toscana, il Piemonte, il Friuli, la Sardegna e l'Umbria. Inoltre, rimangono ancora difficoltà nel settore dei generici, nonostante le misure legislative che nel corso della XVI Legislatura ne hanno incoraggiato la prescrizione.

#### **4.2. La compartecipazione al finanziamento del sistema.**

In linea generale, ai *ticket* sulle prestazioni sanitarie è assegnato il duplice compito di regolazione della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria.

La vigente legislazione nazionale<sup>70</sup> prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l'applicazione di un *ticket* pari al valore della prestazione fino ad un massimo di 36,15 euro, con ampie categorie di esenzione, per patologie e per reddito, tanto che circa il 70 per cento delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti<sup>71, 72</sup>.

Per l'assistenza farmaceutica l'eventuale applicazione di un *ticket* è demandata alle regioni. La maggior parte delle regioni ha disposto l'applicazione del *ticket*, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN, prevedendo al contempo ampie categorie di cittadini esenti.

Il gettito complessivo dei predetti *ticket* è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica<sup>73</sup>. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso<sup>74</sup>. Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione

<sup>70</sup> Si veda al riguardo la legge n. 537 del 1993 e la legge n. 296 del 2006.

<sup>71</sup> Audizione dell'Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato, Francesco Massicci, presso le commissioni riunite V e XII della Camera dei deputati il 2 ottobre 2013.

<sup>72</sup> E' previsto altresì un *ticket* in quota fissa, aggiuntivo rispetto al precedente, pari a 10 euro per ricetta. Con riferimento a tale quota fissa, si dispone che le regioni possano adottare misure alternative, purché di gettito equivalente. Sono inoltre assoggettate a *ticket* le prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, codificate con codice bianco, ad eccezione di quelle richieste a seguito di traumasmi ed avvelenamenti acuti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p), secondo periodo, della legge n. 296 del 2006. Gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro.

<sup>73</sup> La Consulta, con la sentenza n. 187/2012, è di recente intervenuta in materia di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, censurando una norma introdotta dal decreto-legge n. 98 del 2011 che disponeva misure di compartecipazione - da disporsi con regolamento governativo - sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal SSN. La Consulta ha ritenuto non applicabile la norma per la non prevista partecipazione delle regioni al processo di determinazione delle nuove misure di compartecipazione, sottolineando che queste attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale, sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni. La norma avrebbe comportato un ulteriore gettito annuo pari a 2.000 milioni di euro dal 2014.

<sup>74</sup> Si veda l'audizione di Agenas che ha citato i risultati di un suo recente studio.

sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece gratuite<sup>75</sup> o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti.

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse<sup>76</sup>.

In altra ottica, è stato sottolineato come la compartecipazione alla spesa vada utilizzata come strumento di governo della domanda – il *ticket modérateur* – e pertanto non dovrebbero essere previsti *ticket* superiori al costo delle prestazioni, come invece accade in alcune regioni che non hanno un sistema di contabilità dei costi o non hanno adeguato opportunamente le tariffe<sup>77</sup>.

E' stato evidenziato che il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. In questo quadro, è stato tuttavia rilevato come la compartecipazione ai costi della prestazione nel sistema sanitario possa presentare tratti iniqui e di incostituzionalità, con particolare riguardo all'articolo 53 della Costituzione, secondo il quale ciascun cittadino è tenuto a concorrere alle spese pubbliche in ragione della propria capacità contributiva. E' stato inoltre sottolineato come la compartecipazione alla spesa renda poi necessarie misure di esenzione per censo, per invalidità e per patologie, al fine di contenere le iniquità. Ciò comporta per le aziende sanitarie la creazione di un sistema, oneroso e particolarmente complesso, di certificazioni per esenzioni in base a patologie, che devono essere periodicamente riviste, e di autocertificazioni per esenzione in base al reddito o ad altre condizioni sociali, quali le invalidità, sulle quali le aziende pubbliche devono esercitare i debiti controlli<sup>78</sup>.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il *co-payment* sembra essere stato utilizzato in alcuni casi dalle regioni e dalle aziende sanitarie più come strumento di finanziamento che di

<sup>75</sup> Ad esempio, nell'ipotesi di una franchigia fino al 3 per mille del reddito lordo annuo, un pensionato con 10 mila euro di reddito lordo avrà una franchigia pari al 3 per mille, dunque 30 euro: tale cifra sarà il costo massimo che dovrà sborsare per accedere a qualsiasi prestazione sanitaria. Superata la quota, tutte le spese dovrebbero tornare a carico dello Stato.

<sup>76</sup> Si veda l'audizione dell' Agenas.

<sup>77</sup> Si veda l'audizione del Cergas.

<sup>78</sup> Si veda l'audizione del Cresm.

controllo della domanda: infatti alcune compartecipazioni come quelle relative alla farmaceutica territoriale sono risultate inefficaci, mentre altre, come quelle per diagnostica strumentale, sono risultate troppo elevate. In tal modo, si crea un livello di iniquità tra cittadini dovuto principalmente alla poco omogenea applicazione tra le varie regioni, determinando differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.

La problematica dei crescenti importi dei *ticket* contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi<sup>79</sup>, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*<sup>80</sup>, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica<sup>81</sup>. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato, tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie, sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esisterebbe alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di

<sup>79</sup> Si veda l'audizione di Confindustria.

<sup>80</sup> Secondo Confindustria si tratta di circa l'87 per cento della complessiva spesa privata

<sup>81</sup> Si veda l'audizione della Fiaso.

contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

Per la prima volta, secondo i dati Censis del giugno 2013, si sta facendo largo l'idea che occorra trasferire la responsabilità e i costi dei servizi su specifici segmenti di popolazione: da quelli che, essendo abbienti, non dovrebbero beneficiare per alcun motivo di esenzioni, a quelli che generano costi sanitari, in molti casi con comportamenti non sostenibili economicamente e non appropriati per la propria salute<sup>82</sup>. In questa prospettiva è stata evidenziata altresì l'esigenza che il sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione debba essere unico per tutto il Paese, piuttosto che differenziato per regione, anche al fine di risolvere il paradosso per cui la compartecipazione alla spesa per una determinata prestazione in alcune regioni finisce per costare più della prestazione stessa sul libero mercato<sup>83</sup>.

#### ***4.3. Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie.***

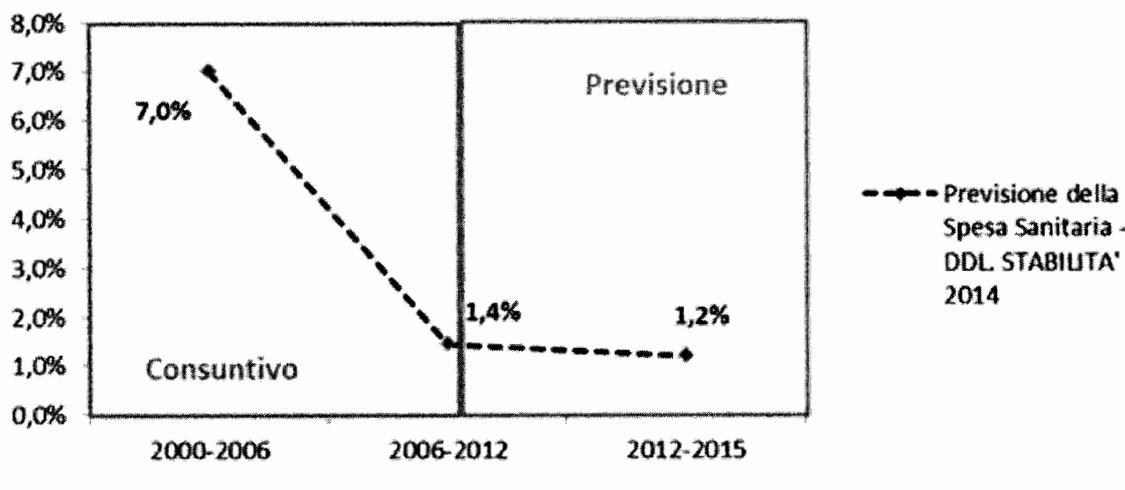
Le misure di contenimento della spesa sanitaria messe in capo negli ultimi anni hanno consentito di ridurre la dinamica della crescita della spesa dal 7 per cento annuo del periodo 2000-2006 all'1,4 del periodo 2006-2012 come emerge dal grafico che segue

---

<sup>82</sup> Si veda l'audizione di Confindustria.

<sup>83</sup> Si veda l'audizione della Fimmg.

## tasso di variazione medio annuo spesa sanitaria



Secondo il quadro di previsione presentato dal Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso dell'indagine conoscitiva<sup>84</sup>, la spesa sanitaria dovrebbe ridurre la propria incidenza sul PIL, entro il 2016, dal 7 al 6,8 per cento,

In particolare, nel corso del suo intervento il Ministro ha sottolineato come contribuiscano a questo risultato il rafforzamento della *governance* economica del sistema, di cui si è detto in precedenza: l'obbligo dell'integrale copertura dei disavanzi da parte delle regioni, anche attraverso l'incremento automatico delle aliquote fiscali, che ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato.

La prevista riduzione della spesa, tuttavia, non sembra tener conto dell'incremento degli oneri, stimato intorno al 2 per cento e considerato sostanzialmente inevitabile in tutti i sistemi sanitari in quanto determinato dall'introduzione di nuove tecnologie e dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Inoltre, non può essere ignorato che la riduzione delle previsioni di spesa sanitaria, in base alle manovre introdotte a partire dal decreto-legge n. 98 del 2011, hanno caricato il quadro programmatico di obiettivi di contenimento di oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014. Si tratta di risorse molto rilevanti, la cui mancanza potrebbe compromettere l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, posto che queste ultime sono chiamate a coprire eventuali disavanzi

<sup>84</sup> Si veda l'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, Saccomanni, nella seduta del 30 ottobre 2013 delle Commissioni riunite V e XII.

sanitari tramite l'attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente. Le regioni, infatti, in una situazione di avverse condizioni economiche, come quella attuale, potrebbero incontrare non poche difficoltà nel reperire maggiori entrate, con il conseguente rischio di compromettere percorsi di risanamento strutturale. In questo quadro, la prevista riduzione della spesa rischia pertanto di tradursi in un vero e proprio taglio degli stanziamenti.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma debba essere affrontato utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

In questo quadro, uno degli strumenti che molti auditi hanno indicato ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. E' stato infatti evidenziato come il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, possa far sì che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. L'assistenza territoriale, invece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stata comunque ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che, in taluni casi, contano anche più di 5-7 mila dipendenti e devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

Sono stati per altro evidenziati alcuni nodi tecnici già conosciuti, quali le logiche divergenti fra la contabilità finanziaria di Stato e regioni e quella economica delle aziende; la

scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, il dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica. E' pertanto urgente procedere ad un recupero di efficienza, che si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi; ad esempio, utilizzando le banche dati a disposizione. In proposito appare possibile integrare programmi noti e diffusi quali 'esiti' di Agenas con indicatori che riescano a far cogliere il grado di efficienza delle organizzazioni sanitarie.

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più validi, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo una maggiore autonomia delle Aziende, le cui prerogative si sono di fatto ridotte sotto la spinta della necessità di garantire i bilanci regionali. Potrebbe in proposito ritenersi - ma ovviamente il tema va valutato con la dovuta attenzione - che proprio in presenza di difficoltà sul lato delle risorse debba esserci la possibilità da parte dei manager aziendali di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sulla verifica dei risultati<sup>85</sup>, sia sotto il profilo economico-finanziario, sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

Oltre alle innovazioni organizzative, dovrebbe essere meglio gestita l'innovazione tecnologica che, per quanto costosa, appare comunque irrinunciabile, e pertanto dovrebbe essere non subita ma governata, scegliendo solo le vere innovazioni. Così gestito, il progresso tecnologico potrebbe costituire un fattore in grado di esercitare un impatto rilevante sulla dinamica della spesa sanitaria, segnatamente con l'introduzione di apparecchiature sanitarie e terapie sempre più sofisticate e costose, che potrebbero far conseguire rilevanti guadagni netti

---

<sup>85</sup> Si veda l'audizione della FIASO.

in termini di efficienza ed efficacia delle cure<sup>86</sup>. Va altresì considerato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese. In proposito anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del *cosiddetto Health Technology Assessment (HTA)*, al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Rimane fermo, ovviamente, il concorso ad un efficiente contenimento della spesa che può derivare da un incremento dell'attività della Consip, che in proposito ha evidenziato in audizione alcuni possibili spazi di miglioramento. Si tratta di una attività che attraverso gli strumenti utilizzati nel Programma di centralizzazione degli acquisti – vale a dire il sistema delle convenzioni, il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA, gli accordi quadro, il Sistema Dinamico di Acquisto SDAPA e le gare su delega - ha operato nell'ambito della sanità nel 2012 intermediando circa 1,4 miliardi di euro, ma che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda, che potrebbe svolgersi, in primo luogo, differenziando i livelli ottimali della domanda per ambito centrale, regionale e di area vasta, in relazione alle differenti merceologie di beni, in secondo luogo, focalizzando l'acquisto centralizzato in quegli ambiti merceologici dove la professionalità medica non costituisce fattore ostativo alla centralizzazione dell'acquisto, escludendo quindi prodotti specifici, quali protesi impiantabili, *stent* ed altro, al fine di salvaguardare la discrezionalità del medico nell'acquisto stesso. Infine, sviluppando iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

Inoltre, sempre sul fronte della riduzione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Al momento tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato e deve essere quindi arginato attraverso una migliore regolamentazione

---

<sup>86</sup> In proposito il Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso della sua audizione, ha peraltro segnalato come le diverse analisi condotte al riguardo non consentano, al momento, di trarre conclusioni definitive in relazione all'impatto netto atteso dal progresso tecnologico sulla spesa sanitaria.

della responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Come emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, l'efficienza del sistema sanitario può essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. A parte la prevenzione nel settore odontoiatrico, che rappresenta un capitolo a se stante<sup>87</sup>, sulla prevenzione hanno posto l'accento numerosi soggetti auditi<sup>88</sup>.

In particolare, è stato sottolineato come la prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, sia stata largamente sottovalutata, mentre dovrebbe rappresentare uno strumento fondamentale, di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, la prevenzione dovrebbe porsi l'obiettivo anche dell'"invecchiamento attivo".

In questo ambito, appare necessario il rafforzamento delle politiche di prevenzione primaria, volte a contenere il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socio-economici, e di prevenzione secondaria, per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni. Puntare sulla prevenzione comporterebbe il passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa, con un'organizzazione sanitaria che mette al centro dell'attenzione le persone e non le malattie<sup>89</sup>. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo. A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Un cenno a parte merita, infine, con riferimento alla razionalizzazione della spesa, il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione

---

<sup>87</sup> In relazione alla prevenzione nel settore odontoiatrico l'Associazione italiana odontoiatri (AIO) ha proposto una serie di misure tra cui principalmente la copertura degli interventi di prevenzione odontoiatrica da parte del SSN.

<sup>88</sup> Si tratta in particolare della CGIL, del CERGAS, del Movimento per la decrescita felice e della Federazione veterinari e medici (FVM).

<sup>89</sup> Si veda l'audizione del Movimento per la Decrescita felice.

utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.

A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radice gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario. Si rende pertanto necessario un rafforzamento del sistema dei controlli per la gestione delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN, atteso che gli attuali controlli, in molti casi, si sono dimostrati inefficaci. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

Al tempo stesso, non appare più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili<sup>90</sup>.

Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull'incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali. La richiesta è di una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del

<sup>90</sup> Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

premio assicurativo da parte dell'interessato, riduce la spesa privata *out of pocket* che, come prima detto, presenta effetti regressivi.

La necessità di riorganizzare la spesa sanitaria privata mediante idonee forme assicurative deriva anche dalla diffusa percezione dell'insostenibilità del prelievo sia per le imprese (Irap) che per i cittadini (addizionali Irpef) nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Tale riorganizzazione potrebbe operarsi aumentando la convenienza fiscale nei confronti dei fondi - posto che le imprese non godono di alcun vantaggio fiscale per i contributi versati ai fondi - in modo che questi arrivino ad una massa critica ed intermedino più spesa privata. In questo modo, i fondi, oltre ad intervenire necessariamente a fronte di fatturazione, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero giungere ad avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Ciò potrebbe consentire una maggior sostenibilità fiscale, una maggior equità sociale, in termini di attenuazione degli effetti regressivi della spesa privata individuale, di cui prima si è detto, e una miglior efficienza delle prestazioni del sistema se il predetto potere contrattuale divenisse significativo. In questo ambito è stata quindi richiesta una intensificazione degli sforzi per una progressiva messa a punto di sistemi complementari di intervento, ad esempio affiancando agli esistenti fondi integrativi – comunque da meglio sviluppare, come ripetutamente richiesto nel corso delle audizioni – un maggior ruolo ai fondi assicurativi “aperti”, sul modello seguito da altri Paesi dell'Unione europea, al fine di mantenere la piena copertura sanitaria anche in quelle aree che il sistema attuale dovesse non riuscire a coprire.

Il tema dei fondi assicurativi presenta ovviamente anche diversi profili problematici, atteso che essi danno luogo, per come attualmente composti<sup>91</sup>, ad una segmentazione della popolazione protetta, che determina una differenziazione delle tutele offerte dal sistema. Essi inoltre presentano frequentemente forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché, si potrebbe dire, di selezione avversa – con riguardo alla cronicità, alle situazioni di *long term care*, di accesso oltre elevate soglie di età – meritevoli di approfondimento da parte del legislatore nel momento in cui si dovesse procedere ad un ampliamento del ruolo dei fondi stessi.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

---

<sup>91</sup> Si ricorda che, sulla base delle regole generali dettate nel decreto legislativo n. 229 del 1999, poi oggetto di numerose modifiche ed integrazioni e di diverse norme attuative, i fondi assicurativi sono in gran parte costituiti da fondi aziendali (fondi chiusi) e per la parte restante dai fondi aperti volontari.

## 5. Conclusioni.

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, la mobilità transnazionale e le aspettative dei singoli.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

L'indagine conoscitiva delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) ha avuto proprio lo scopo di scattare una "fotografia aggiornata" dello stato di salute del nostro sistema sanitario nazionale, al fine di valutare la sua adeguatezza a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità.

La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.

A questo riguardo, nel corso dell'indagine è emerso un quadro del sistema sanitario italiano caratterizzato da luci e ombre. Tra gli aspetti positivi meritano di essere ricordati, da un lato, la sostanziale condivisione, da parte della quasi totalità degli auditi, del valore insostituibile del Servizio Sanitario nazionale, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, dall'altro, il fatto che gli oneri derivanti dal sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri Paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media internazionale e europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, in primo luogo va ricordata la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al Sistema sanitario nazionale riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo è stato constatato che le regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, versano in una condizione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni, posto che le prime lamentano sensibili ritardi infrastrutturali da cui derivano inaccettabili differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che mettono a rischio l'universalità del sistema.

In particolare, nel corso dell'indagine è stata posta particolare attenzione ai seguenti temi: il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, il finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario e la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso misure volte alla razionalizzazione della spesa.

Per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti. Non a caso, la quasi totalità dei soggetti auditi nel corso dell'indagine conoscitiva, ha espresso forti riserve sul buon funzionamento del riparto di competenze tra Stato e regioni in materia di sanità.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei L.E.A., anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. In altri termini, l'attuale ruolo di supervisore della spesa sanitaria svolto dal Ministero dell'economia e delle finanze, soprattutto nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro, dovrebbe essere bilanciato da un analogo ruolo di valutazione, di indirizzo e, in caso di necessità, sostitutivo, svolto dal Ministero della salute, a tutela dell'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza. In questo quadro, lo Stato dovrebbe farsi garante, non solo della definizione dei L.E.A., ma anche dell'uniformità della loro erogazione, impegnandosi nello svolgimento di valutazioni di impatto finalizzate a una programmazione unitaria delle politiche sanitarie di lungo periodo. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera *m*) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

Per quanto concerne l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, è da sottolineare come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessita di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani. L'invecchiamento della popolazione, che dovrebbe portare l'Italia nel 2050 ad essere il Paese più longevo d'Europa, rappresenta sicuramente un successo del nostro sistema sanitario, ma diventa anche una criticità incombente. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione all'attività di presa in carico nel territorio del "paziente cronico".

Tale esigenza appare ancor più accentuata per via delle mutate condizioni sociali, che vedono sempre più aumentare il numero dei nuclei familiari singoli, depotenziando le reti di presa in carico familiare che hanno da sempre costituito una forma di protezione sociale degli anziani nel nostro Paese. Ne deriva l'urgenza del superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotate di una piccola *équipe* multiprofessionale, che consenta all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

In questa ottica, anche la presenza di una rete territoriale di strutture accreditate ben funzionante, adeguatamente controllata e verificata sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate, aiuterebbe le strutture ospedaliere a concentrare la propria offerta nelle prestazioni ad alta complessità, liberandole di quel carico accessorio che, spesso in modo inappropriato, ne impegna le strutture in un'attività a prevalente vocazione ambulatoriale, assolutamente incoerente con la funzione strutturale della risposta ospedaliera. Nel prossimo futuro, quindi, le regioni saranno sempre più chiamate a cambiare l'assistenza territoriale in medicina d'iniziativa, andando incontro alle esigenze del paziente sia mediante la prevenzione sia attraverso una migliore gestione delle malattie croniche.

Va segnalato, per altro, che il decreto-legge n. 158 del 2012, che ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure

primarie. Di fatto quindi la situazione si presenta molto differenziata a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, potrebbe invece anche rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia. Non è un caso, infatti, che le regioni che in questo momento mostrano le migliori *performance* sono proprio quelle che hanno già cominciato la riconversione del sistema.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso, per altro, che i sistemi sanitari regionali italiani si sono sensibilmente diversificati nel corso degli anni, al punto che la stessa erogazione dei LEA – e ancor più delle prestazioni integrative ai LEA – sembra avvenire in modo differenziato nelle diverse realtà sanitarie italiane, con conseguente rischio di marginalizzazione dei sistemi sanitari regionali più deboli.

Per quanto attiene al finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario, va rimarcato preliminarmente come l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato sia diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre eventuali spese superiori al finanziamento concordato sono coperte a carico delle singole regioni. Le risorse del SSN destinate al finanziamento dei LEA sono ripartite secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse sono ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari. In particolare, tale decreto dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale basato sui valori di costo della spesa sanitaria rilevati in tre regioni *benchmark*, vale a dire l'Umbria, l'Emilia-Romagna e il Veneto. Tale processo ha condotto, per l'anno 2013, alla definizione di un livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 107.004,50 milioni di euro. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanze, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari.

Le attuali proporzioni del riparto, tuttavia, non tengono ancora conto delle nuove "variabili" della spesa sanitaria, la cui importanza si rafforza ovunque. In particolare, si tratta di ragionare sulle eventuali "emergenze" territoriali per patologia, sulla densità della popolazione,

sull'estensione territoriale regionale, sulle condizioni corografiche, sull'entità dei flussi migratori extracomunitari, sugli indici di povertà della popolazione residente, sulle aspettative di vita, eccetera. Ma, soprattutto, si tratta di avere ben chiare le differenze esistenti tra i sistemi sanitari regionali, conoscendo la capacità di risposta di ciascuno di essi e prendendo atto delle differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino, nelle differenti aree del Paese. Il sistema dei "costi *standard*" e delle "regioni *benchmark*", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni a maggior svantaggio strutturale. Un significativo passo avanti in questa direzione potrebbe essere costituito dalla piena attuazione dei parametri di riparto del Fondo sanitario nazionale, introdotti dalla legge n. 662 del 1996 - quali ad esempio la frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori epidemiologici territoriali eccetera - e mai integralmente applicati.

In questo ambito, dovrebbe rappresentare un argomento importante di discussione la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui LEA dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore. A questo riguardo va segnalato come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale) rappresenti una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E' stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Soltanto in tal modo potranno essere pienamente soddisfatti i "nuovi diritti alla salute" legati a patologie emergenti o a nuovi bisogni sanitari per la miglior gestione di patologie a larga diffusione, come ad esempio le malattie neurologiche degenerative quali l'Alzheimer o la SLA o la sclerosi multipla o le malattie rare.

Per quanto riguarda il tema dei Piani di rientro, essendo questi finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate, si può ritenere che essi rappresentino l'elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro.

I singoli piani di rientro, quindi, individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale. I risultati finanziari ottenuti dovrebbero però essere valutati anche alla luce della "percezione" della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così "sovrafinanziato" in termini individuali. Tali risultati dovrebbero altresì essere considerati rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza, legando le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.

Per quanto riguarda, infine, la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni, è necessario innanzitutto sottolineare come le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria abbiano prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento.

A questo riguardo è opportuno innanzitutto evidenziare come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al Servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. In questo quadro, uno degli strumenti per una razionalizzazione della spesa può essere rappresentato, come detto, dal potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale.

Sempre nella prospettiva della razionalizzazione, va ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi *standard* di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più efficaci, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo eventualmente una maggiore autonomia delle Aziende in presenza di difficoltà sul lato delle risorse, al fine di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sulla verifica dei risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

Inoltre si potrebbe puntare ad un incremento dell'attività della Consip, attraverso l'utilizzo degli strumenti adottati nel programma di centralizzazione degli acquisti che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda. Tale obiettivo potrebbe essere realizzato, in primo luogo, differenziando i livelli ottimali della domanda per ambito centrale, regionale e di area vasta, in relazione alle differenti merceologie di beni, in secondo luogo, focalizzando l'acquisto centralizzato in quegli ambiti merceologici dove la professionalità medica non costituisce fattore ostativo alla centralizzazione dell'acquisto. Infine, si potrebbero sviluppare iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

L'efficienza del sistema sanitario potrebbe essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità,

mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo. A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Sempre sul fronte della razionalizzazione della spesa, va considerato il ruolo strategico dell'innovazione. La sfida dell'innovazione non potrà prescindere dal considerare i nuovi orizzonti della medicina personalizzata, che valorizza gli aspetti della prevenzione su base genetica e sposta decisamente il *focus* dalla risposta alla malattia alla presa in carico del singolo individuo nella sua complessità, introducendo gli scenari della medicina proattiva e della cosiddetta Sanità 3.0.

Senza innovazione, pertanto, un moderno sistema sanitario non è in grado di garantire i nuovi diritti di salute della popolazione, ma, alla lunga, neppure quelli attuali. Non appare quindi più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi, con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili. Va altresì sottolineato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese. Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia infatti come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del cosiddetto Health Technology Assessment (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Un altro settore in cui l'innovazione risulta fondamentale è quello dei farmaci, riguardo al quale sarebbe necessaria una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai prodotti innovativi, che invece risultano essere licenziati dall'AIFA con una lentezza superiore rispetto ai restanti contesti europei. Tali difficoltà derivano dalle differenti "velocità" dei proutuari regionali (laddove esistono), ma anche dai differenti *budget* regionali che non sempre sono in condizioni di assecondare la pronta immissione in circuito dei nuovi farmaci, con sensibili disparità di accesso alle cure nelle diverse regioni italiane.

Una questione a sé stante riguarda i *ticket* sulle prestazioni sanitarie, cui è stata assegnata non solo la funzione di regolazione della domanda ma anche quella di contribuire al finanziamento della spesa sanitaria.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso.

Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece assicurate gratuitamente o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti.

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse.<sup>92</sup>

La problematica dei crescenti importi dei *ticket*, contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

---

<sup>92</sup> Si veda l'audizione dell'Agenas.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato - tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente, che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie - sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esiste alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

Sulla base di queste considerazioni, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, ridurrebbe la spesa privata *out of pocket*. In questo modo, i fondi, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Si tratterebbe comunque di una misura da adottare tenendo ben conto di diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema e potrebbero determinare forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché di selezione avversa con riguardo alla cronicità o alle situazioni di *long term care*.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

Un'ultima questione riguarda la spesa per il personale, che si è ridotta negli ultimi anni non solo per effetto di misure straordinarie ma anche di interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori. E' stato evidenziato però che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori. In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.

Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli *standard* assistenziali senza incrementi di personale. Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti *over 55* è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo. Inoltre, dovrebbe essere data soluzione all'annosa questione legata all'incremento delle risorse da destinare alle scuole di specializzazione non solo di area medica, ma anche di area sanitaria non medica, al fine permettere un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria. In questo quadro, un peculiare rilievo assume il tema dell'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. Non si tratta infatti di un problema che riguarda solo i "giovani medici", ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte.

Sempre in tema di razionalizzazione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente, non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Tale fenomeno determina uno spreco di risorse sottratte alla "buona medicina" e rompe l'alleanza terapeutica tra il sanitario e il paziente. Occorre pertanto una migliore regolamentazione della

responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Un cenno a parte merita, infine, sempre riguardo alla razionalizzazione della spesa il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.

A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radici gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario. Si rende pertanto necessario un rafforzamento del sistema dei controlli per la gestione delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN, atteso che gli attuali controlli, in molti casi, si sono dimostrati inefficaci. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

## **COMMISSIONI RIUNITE**

**VII (Cultura, scienza e istruzione)  
e X (Attività produttive, commercio e turismo)**

---

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

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 117**

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

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

## COMMISSIONI RIUNITE

### VIII (Ambiente, territorio e lavori pubblici) e X (Attività produttive, commercio e turismo)

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

#### COMITATO D'INDAGINE SULLA *GREEN ECONOMY*:

Indagine conoscitiva sulla *green economy*.

Audizione del Viceministro dello sviluppo economico, Claudio De Vincenti (*Svolgimento e conclusione*) ..... 118

#### COMITATO D'INDAGINE SULLA *GREEN ECONOMY*

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Ermete REALACCI.*

**La seduta comincia alle 8.40.**

**Indagine conoscitiva sulla *green economy*.**

**Audizione del Viceministro dello sviluppo economico, Claudio De Vincenti.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Ermete REALACCI, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso, la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Introduce, quindi, l'audizione.

Il Viceministro Claudio DE VINCENTI svolge la sua relazione.

Intervengono quindi per porre quesiti e formulare osservazioni i deputati Davide CRIPPA (M5S), Chiara BRAGA (PD), Mariastella BIANCHI e Ermete REALACCI, *presidente*.

Il Viceministro Claudio DE VINCENTI risponde ai quesiti posti.

Ermete REALACCI, *presidente*, ringrazia il Viceministro per il suo contributo e dichiara conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 10.**

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

## I COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni)

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

##### COMITATO PERMANENTE PER I PARERI:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i> ) .....	119
ALLEGATO ( <i>Parere approvato</i> ) .....	131

##### AUDIZIONI:

Seguito dell'audizione del ministro per gli affari regionali e le autonomie, Maria Carmela Lanzetta, sulle linee programmatiche ( <i>Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, e conclusione</i> ) .....	122
---	-----

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	123
---	-----

##### SEDE REFERENTE:

Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di cittadinanza. C. 9 d'iniziativa popolare, C. 200 Di Lello, C. 250 Vendola, C. 273 Bressa, C. 274 Bressa, C. 349 Pes, C. 369 Zampa, C. 404 Caparini, C. 463 Bersani, C. 494 Vaccaro, C. 525 Marazziti, C. 604 Fedi, C. 606 La Marca, C. 647 Caruso, C. 707 Gozi, C. 794 Bueno, C. 836 Caruso, C. 945 Polverini, C. 1204 Sorial, C. 1269 Merlo e C. 2376 Bianconi ( <i>Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge n. 2376</i> ) .....	123
Disposizioni in materia di conflitti di interessi. C. 275 Bressa, C. 1059 Fraccaro, C. 1832 Civati e C. 1969 Tinagli ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	124
Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle vicende, le cause e le responsabilità, anche internazionali, che hanno portato, nell'autunno 2011, alle dimissioni del quarto Governo Berlusconi. Doc. XXII, n. 28 Brunetta ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	124

##### ATTI DELL'UNIONE EUROPEA:

Relazione della Commissione sull'applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. COM(2014) 224 final ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	126
AVVERTENZA .....	129

##### COMITATO PERMANENTE PER I PARERI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Alessandro NACCARATO.*

**La seduta comincia alle 13.35**

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e**

**dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali.**

**C. 2365 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni*).

Il Comitato inizia l'esame del provvedimento.

Matteo RICHETTI (PD), *relatore*, fa presente che il decreto legge in titolo, nei primi due articoli, reca rispettivamente misure destinate ai comuni dell'Emilia Romagna colpiti da alcuni eventi atmosferici e per l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali, il cui contenuto è di seguito analizzato.

Osserva che l'articolo 3 dispone l'entrata in vigore del decreto il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella « *Gazzetta Ufficiale* », ossia il 13 maggio 2014.

Ricorda che il comma 1 dell'articolo 1 – secondo quanto prevede espressamente la norma – mira a garantire la continuità dell'attività di ricostruzione avviata a seguito del sisma del maggio 2012 e a coordinarla con gli interventi necessari per la ricostruzione, l'assistenza alle popolazioni e la ripresa economica nei territori dei comuni, già colpiti dal sisma del 20 e 29 maggio 2012, e interessati anche: dagli eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, e individuati dall'articolo 3 del decreto-legge n. 4 del 2014; dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, e individuati dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 9 maggio 2013, dichiarativa dello stato di emergenza, e in attuazione dell'ordinanza di protezione civile n. 83 del 2013.

Osserva che la delibera del Consiglio dei ministri 9 maggio 2013 non indica esattamente i comuni colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013. Andrebbe, a suo avviso, pertanto, valutata l'opportunità di individuarli nella norma o di specificare l'atto con il quale sono stati eventualmente già individuati. Il comma 1 autorizza il Presidente della regione Emilia-Romagna, Commissario delegato ai sensi del decreto-legge 6 giugno 2012, n. 74, ad operare per l'attuazione degli interventi per la ricostruzione, l'assistenza alle popolazioni e la ripresa economica nei comuni indicati.

Il comma 2 dispone che per l'effettuazione degli interventi il commissario opera, per l'intera durata dello stato di

emergenza: con i poteri di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 24 febbraio 1992, n. 225; con le deroghe alle norme vigenti stabilite con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 luglio 2012 o individuate con i provvedimenti attuativi del decreto legge n. 4 del 2014.

I commi 3 e 4 consentono al Commissario: di avvalersi dell'amministrazione regionale e di quelle locali (sindaci dei Comuni interessati dagli eventi alluvionali del 17-19 gennaio 2014, Presidente della provincia di Modena e relativa amministrazione); di delegare le funzioni attribuite con il presente decreto ai sindaci dei comuni interessati dagli eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014 e al Presidente della provincia di Modena, nel cui rispettivo territorio sono da effettuarsi gli interventi.

Il comma 5 consente al Presidente della regione Emilia-Romagna, nella sua veste di Commissario delegato, di destinare complessivamente 210 milioni di euro, per gli anni 2014 e 2015: per contributi per danni subiti da soggetti privati colpiti dagli eventi alluvionali del gennaio 2014 e dalla tromba d'aria; per i più urgenti interventi connessi al programma di messa in sicurezza idraulica dei territori connessi ai fiumi che hanno generato gli eventi alluvionali citati; per gli interventi previsti dai commi 7 e 8, vale a dire contributi per la ripresa delle attività economiche e delle normali condizioni di vita e lavoro e delle attività, contributi per l'autonoma sistemazione dei nuclei familiari la cui abitazione principale è stata dichiarata inagibile, nonché contributi per il ripristino di opere pubbliche o di interesse pubblico. L'importo indicato potrà essere utilizzato, con separata evidenza contabile, a valere sulle risorse della contabilità speciale istituita per la ricostruzione del sisma 2012 ed intestata allo stesso Presidente della regione Emilia-Romagna.

Il comma 6 affida al Presidente della Regione, in coordinamento con il Commissario delegato all'emergenza idrogeologica e con gli altri soggetti istituzionalmente competenti, l'individuazione dei progetti cantierabili necessari per la messa

in sicurezza dei territori e delle risorse necessarie per il loro finanziamento. Il comma 6 prevede, inoltre, che siano individuate, con riferimento ai progetti cantierabili necessari per la messa in sicurezza dei territori di cui al comma 1, le risorse previste a legislazione vigente disponibili nella contabilità speciale intestata al Commissario Grimaldi o che devono essere immediatamente trasferite nella stessa contabilità per l'avvio o la prosecuzione degli interventi.

Il comma 7 demanda ad appositi provvedimenti del Presidente della Regione Emilia-Romagna, nella sua veste di Commissario delegato: la determinazione, sulla base dei danni effettivamente verificatisi, di priorità, modalità e percentuali entro le quali possono essere concessi contributi (al netto di eventuali risarcimenti assicurativi) necessari per la ripresa delle attività economiche e delle normali condizioni di vita e di lavoro dei privati cittadini, nel limite delle risorse indicate dal comma 5; l'individuazione dei requisiti soggettivi e oggettivi (per la concessione dei contributi) e le modalità di asseverazione dei danni subiti, anche prevedendo procedure semplificate per i danni di importo inferiore alla soglia determinata dal Commissario. Viene altresì prevista l'estensione di tali procedure, ai fini dell'armonizzazione dei comportamenti amministrativi, anche ai provvedimenti futuri relativi al sisma del maggio 2012; l'autorizzazione di contributi per l'autonoma sistemazione (sempre nel limite delle risorse di cui al comma 5) dei nuclei familiari la cui abitazione principale in conseguenza dell'evento alluvionale è stata dichiarata inagibile o accertata come inabitabile da parte dei competenti uffici locali.

Il comma 8 prevede che il Commissario delegato autorizzi (sempre nel limite delle risorse di cui al comma 5) la concessione di contributi per il ripristino di opere pubbliche o di interesse pubblico danneggiate. La norma fa riferimento anche a beni culturali, strutture pubbliche adibite ad attività sociali, socio-sanitarie e socio-educative, sanitarie, ricreative, sportive e religiose, nonché ad edifici di interesse

storico-artistico. Osserva, a tal proposito, che mentre il comma 1 dell'articolo 1 ricomprende tra i territori interessati dalle disposizioni del decreto anche quelli interessati dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, nei commi 3, 4, 7 e 8 del medesimo articolo si fa riferimento solo agli « eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014 ».

L'ultimo periodo del comma 5 consente agli enti attuatori, nella realizzazione degli interventi contemplati dal comma 5, l'applicazione delle norme dettate dall'articolo 10 del decreto legge n. 83 del 2012, che disciplinano l'occupazione d'urgenza e l'eventuale espropriazione delle aree, nonché la localizzazione degli interventi (anche in deroga agli strumenti urbanistici), la dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità e urgenza e l'affidamento degli interventi stessi.

Il comma 9 disciplina la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 5, 7 e 8 dell'articolo 1 (pari a complessivi 210 milioni di euro), cui si fa fronte: quanto a 160 milioni di euro per il 2014 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dall'articolo 3-bis del decreto-legge n. 95 del 2012; quanto a 50 milioni di euro per il 2015 a valere sulle risorse relative all'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 11, comma 13, del decreto legge n. 174 del 2012, versate e disponibili sulla contabilità speciale, relativa al sisma 2012, intestata al Presidente della Regione Emilia-Romagna.

L'articolo 2 reca alcune disposizioni che, secondo quanto esplicitato dalla norma, sono volte ad assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali per l'anno 2014. In particolare, si prevede: la revoca e la riassegnazione al Fondo per le emergenze nazionali delle risorse disponibili, iscritte nel bilancio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la mancata attivazione degli interventi previsti da specifiche disposizioni legislative adottate in seguito a calamità naturali; l'individuazione degli interventi da revocare con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da

adottare d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze; il divieto a partire dal 13 maggio 2014 – data di entrata in vigore del presente decreto – di attivazione dei mutui, concessi in virtù di specifiche disposizioni normative, adottate fino al 31 dicembre 2011, per far fronte a interventi di spesa per calamità naturali, a valere sulle risorse iscritte sul bilancio della Presidenza del Consiglio dei Ministri; l'esclusione dal divieto di attivazione dei mutui per quelli la cui procedura di attualizzazione sia già stata avviata alla data di entrata in vigore del decreto legge. Quanto al rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite, rileva che la materia protezione civile rientra tra le materie di legislazione concorrente elencate nel terzo comma dell'articolo 117 della Costituzione. Rileva, altresì, che la materia dell'ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato è assegnata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato dalla lettera g) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione.

Formula, quindi, una proposta di parere favorevole con osservazioni finalizzate a richiedere alla Commissione di merito alcune valutazioni circa l'opportunità all'articolo 1, comma 1, di assicurare una puntuale individuazione dei comuni colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, considerato che la delibera del Consiglio dei ministri 9 maggio 2013 e l'ordinanza di protezione civile n. 83 del 2013, richiamate dal testo, non li indicano nel dettaglio nonché di chiarire maggiormente all'articolo 1, commi 3, 4, 7 e 8 se tra i territori interessati dalle disposizioni del decreto siano ricompresi anche quelli interessati dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013 e, infine, di specificare maggiormente il rapporto tra le disposizioni recate dai commi 5, 6 e 7 (*vedi allegato*).

Matteo BRAGANTINI (LNA) chiede un chiarimento al relatore in merito al fatto se il provvedimento demandi o meno a un atto successivo del Governo la compilazione di un elenco analitico delle località colpite da calamità naturale interessate

dalle disposizioni del provvedimento medesimo.

Matteo RICHETTI (PD), *relatore*, precisa che la mancanza di un'indicazione precisa delle località interessate dal provvedimento è dovuto al rimando a varie ordinanze in cui non è presente tale indicazione.

Nessun altro chiedendo di intervenire, il Comitato approva la proposta di parere del relatore.

**La seduta termina alle 13.45.**

#### AUDIZIONI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco Paolo SISTO. — Interviene il ministro per gli affari regionali e le autonomie, Maria Carmela Lanzetta.*

**La seduta comincia alle 14.15.**

**Seguito dell'audizione del ministro per gli affari regionali e le autonomie, Maria Carmela Lanzetta, sulle linee programmatiche.**

*(Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, e conclusione).*

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Ricorda che l'audizione del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, Maria Carmela Lanzetta, sulle linee programmatiche, è stata avviata nella seduta del 7 maggio scorso, nella quale il Ministro ha svolto la sua relazione e sono intervenuti diversi deputati per porre quesiti e formulare osservazioni. Dà quindi la parola al Ministro, affinché possa svolgere il proprio intervento in sede di replica.

Il ministro Maria Carmela LANZETTA risponde ai quesiti posti e rende ulteriori precisazioni.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, ringrazia il ministro Lanzetta per il suo intervento. Dichiara quindi conclusa l'audizione.

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

**La seduta termina alle 14.35.**

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.35 alle 14.50.

**SEDE REFERENTE**

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco Paolo SISTO. — Intervengono il sottosegretario di Stato per l'interno Domenico Manzione e il sottosegretario di Stato per le riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento, Ivan Scalfarotto.*

**La seduta comincia alle 14.50.**

**Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di cittadinanza.**

**C. 9** d'iniziativa popolare, **C. 200** Di Lello, **C. 250** Vendola, **C. 273** Bressa, **C. 274** Bressa, **C. 349** Pes, **C. 369** Zampa, **C. 404** Caparini, **C. 463** Bersani, **C. 494** Vaccaro, **C. 525** Marazziti, **C. 604** Fedi, **C. 606** La Marca, **C. 647** Caruso, **C. 707** Gozi, **C. 794** Bueno, **C. 836** Caruso, **C. 945** Polverini, **C. 1204** Sorial, **C. 1269** Merlo e **C. 2376** Bianconi.

*(Seguito dell'esame e rinvio — Abbinamento della proposta di legge n. 2376).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 15 maggio 2014.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, comunica che è stata assegnata alla I Commissione la proposta di legge n. 2376 a firma del deputato Bianconi recante « Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di acquisizione della cittadinanza ».

Poiché la suddetta proposta di legge verte sulla stessa materia delle proposte di legge già all'ordine del giorno, avverte che ne è stato disposto l'abbinamento, ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Annagrazia CALABRIA (FI-PdL), *relatore*, nell'illustrare, anche a nome della collega relatrice, deputata Fabbri, la proposta di legge Bianconi n. 237, osserva che essa interviene sulla disciplina dell'acquisto della cittadinanza da parte degli stranieri nati in Italia o ivi residenti per dieci anni, riprendendo il testo approvato in sede referente nella scorsa legislatura e rinviato in Commissione dopo la discussione generale in Assemblea.

In particolare, la proposta di legge rende più gravosa l'acquisizione della cittadinanza italiana *iure soli*, da parte degli stranieri nati in Italia ed ivi residenti senza interruzioni sino alla maggiore età. Essa introduce infatti un requisito ulteriore per l'acquisto: la frequenza con profitto di scuole riconosciute dallo Stato italiano almeno sino all'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e alla formazione.

Anche per l'acquisto della cittadinanza per cosiddetta naturalizzazione, la proposta n. 2376 rende più complesso il procedimento per la concessione della cittadinanza per gli stranieri legalmente residenti da almeno dieci anni, introducendo peraltro termini certi per la conclusione del procedimento medesimo. Essa richiede innanzitutto la « stabilità » della residenza legale per almeno dieci anni e prevede lo svolgimento di un apposito percorso di cittadinanza prima della concessione.

Sottolinea che l'acquisizione della cittadinanza è dunque subordinata: al possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo; alla fre-

quenza di un corso di un anno sulla storia e la cultura italiane ed europee, sull'educazione civica e sui principi della Costituzione italiana; all'effettivo raggiungimento di un adeguato grado di integrazione sociale e al rispetto, anche in ambito familiare, delle leggi dello Stato e dei principi fondamentali della Costituzione; al rispetto degli obblighi tributari; al mantenimento dei requisiti di reddito, alloggio e assenza di carichi pendenti necessari per ottenere il permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo.

L'accesso al corso di cultura italiana è consentito, a richiesta, allo straniero che risiede nel territorio della Repubblica da almeno otto anni. Il procedimento amministrativo per la concessione della cittadinanza deve concludersi entro due anni dalla presentazione della richiesta di iscrizione al corso, fermo restando il requisito della residenza per dieci anni in territorio italiano.

L'acquisto della cittadinanza ha luogo automaticamente in caso di ritardo nella conclusione del procedimento imputabile all'amministrazione. Per i minori il percorso di cittadinanza può iniziare al compimento del sedicesimo anno e deve concludersi al compimento del diciottesimo anno. Il Governo organizza, con il concorso delle regioni, iniziative e attività finalizzate a sostenere il processo di integrazione dello straniero, cui questi è tenuto a partecipare.

L'attuazione della disciplina, incluse le modalità di svolgimento del corso di cultura italiana ed i casi di esonero dalla frequenza dello stesso, è rimessa ad un regolamento governativo.

Rileva inoltre che la proposta n. 2376 interviene sulla prestazione del giuramento, che deve essere prestato nella sede della prefettura-ufficio territoriale del Governo, secondo modalità stabilite dal regolamento di esecuzione della legge. Viene poi introdotta una nuova formula del giuramento ed è prevista la consegna al nuovo cittadino di una copia della Costituzione.

L'entrata in vigore è infine prevista decorsi sei mesi dalla pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**Disposizioni in materia di conflitti di interessi.**

**C. 275 Bressa, C. 1059 Fraccaro, C. 1832 Civati e C. 1969 Tinagli.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 3 giugno 2014.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, nessuno chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle vicende, le cause e le responsabilità, anche internazionali, che hanno portato, nell'autunno 2011, alle dimissioni del quarto Governo Berlusconi.**

**Doc. XXII, n. 28 Brunetta.**

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Francesco Paolo SISTO, *presidente e relatore*, illustra il documento parlamentare di cui oggi la I Commissione avvia l'esame, il Doc. XXII, n. 128 Brunetta ed altri, che prevede l'istituzione di una Commissione monocamerale d'inchiesta sulle vicende che hanno portato, nell'autunno 2011, alle dimissioni del quarto Governo Berlusconi.

La proposta, come affermato nella relazione, nasce dalle informazioni rese note dall'ex Segretario al Tesoro degli Stati Uniti d'America Timothy Geithner nel saggio Stress Test.

La proposta si compone di sei articoli.

L'articolo 1 propone l'istituzione della Commissione, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e per la durata di sei mesi, e ne definisce i compiti. In particolare la Commissione è chiamata a verificare: la situazione nonché i dati relativi al contesto politico, economico e finanziario, sia nazionale che internazionale, del biennio 2010-2011; le testimonianze, sia a livello nazionale che internazionale rese per mezzo di dichiarazioni e di pubblicazioni degli ultimi anni, con particolare riferimento alle vicende dell'estate e dell'autunno 2011, culminate con le dimissioni del Governo Berlusconi, rese al di fuori di un procedimento parlamentare di sfiducia e l'eventuale coinvolgimento in tali vicende di soggetti nazionali e stranieri.

L'articolo 2 stabilisce che la Commissione è composta da dodici deputati, nominati dal Presidente della Camera in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, garantendo comunque la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo e che con gli stessi criteri si interviene ad eventuali sostituzioni in caso di dimissioni o cessazione dalla carica o di sopravvenienza altre cause ostative. La nomina del Presidente della Commissione, che deve appartenere ai gruppi di opposizione, è affidata al Presidente della Camera; questi convoca la Commissione entro dieci giorni dalla nomina per la costituzione dell'Ufficio di presidenza, composto, oltre che dal Presidente, da un vicepresidente e da un segretario, eletti dai componenti della Commissione a scrutinio segreto. Viene infine previsto che la Commissione, conclusi i propri lavori, presenti una relazione alla Camera.

L'articolo 3 dispone che la Commissione proceda con i poteri e le limitazioni dell'autorità giudiziaria e che non possa adottare provvedimenti attinenti alla libertà e alla segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione nonché alla libertà personale, fatto salvo l'accompagnamento coattivo di cui all'articolo 133 del codice di procedura penale. Si stabilisce inoltre che la Commissione possa ottenere copie di atti e documenti relativi a procedimenti e in-

chieste in corso presso l'autorità giudiziaria nonché relativi a indagini e inchieste parlamentari, anche se coperti da segreto. La Commissione può altresì chiedere agli organi e agli uffici della pubblica amministrazione copie di atti e documenti da essi prodotti, detenuti o comunque acquisiti in materie attinenti ai compiti della Commissione. In tutti i casi la Commissione è tenuta a garantire il mantenimento del regime di segretezza, nei termini precisati dagli organi e uffici che li hanno trasmessi. Riguardo al regime di divulgazione degli atti, è la Commissione che definisce quali non devono essere divulgati, anche in relazione a esigenze attinenti ad altre istruttorie o inchieste in corso, assicurando la copertura del segreto per gli atti, le assunzioni testimoniali e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari fino al termine delle stesse.

L'articolo 4 stabilisce l'obbligo del segreto per i componenti la Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta, oppure ne viene a conoscenza per ragioni di ufficio o di servizio.

L'articolo 5 dispone che, per le audizioni a testimonianza, ferme restando le competenze dell'autorità giudiziaria, si applicano le disposizioni degli articoli da 366 a 384-bis del codice penale e che per il segreto di Stato nonché per i segreti d'ufficio, professionale e bancario si applicano le norme vigenti. È sempre opponibile il segreto tra difensore e parte processuale nell'ambito del mandato. Con riguardo agli informatori della polizia giudiziaria e dei servizi di sicurezza, si prevede l'applicazione dell'articolo 203 del codice di procedura penale.

L'articolo 6 concerne l'organizzazione interna della Commissione. Si prevede l'adozione di un proprio regolamento interno e la pubblicità delle sedute, ferma restando la facoltà per la Commissione di deliberare di riunirsi in seduta segreta quando lo ritenga opportuno. Si dispone che la Commissione possa avvalersi dell'opera di agenti e ufficiali di polizia

giudiziaria e di tutte le collaborazioni che ritenga necessarie. La Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente della Camera dei deputati. Riguardo alla copertura finanziaria delle spese necessarie all'attività della Commissione, si stabilisce un limite massimo di 30.000 euro, posto a carico del bilancio interno della Camera dei deputati.

Emanuele FIANO (PD), nel sottolineare la legittimità della richiesta di istituire una Commissione parlamentare di inchiesta sulle vicende, le cause e le responsabilità, anche internazionali, che hanno portato, nell'autunno 2011, alle dimissioni del quarto Governo Berlusconi, fa, tuttavia, presente che il suo gruppo nutre perplessità sull'oggetto di tale inchiesta che prende le mosse da indiscrezioni giornalistiche che, peraltro, coinvolgono anche personalità straniere.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.**

#### ATTI DELL'UNIONE EUROPEA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco Paolo Sisto.*

**La seduta comincia alle 15.**

**Relazione della Commissione sull'applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. COM(2014) 224 final.**

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Gregorio GITTI (PI), *relatore*, fa presente che la comunicazione COM(2014) 224 final, recante la IV Relazione annuale

della Commissione europea sull'applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, costituisce un documento di notevole importanza sotto vari profili. In primo luogo, dal punto di vista politico, perché rappresenta uno degli ultimi atti curati dalla Commissaria europea per la giustizia, i diritti fondamentali e la cittadinanza, nonché Vicepresidente della Commissione europea, Viviane Reding.

Insieme alla comunicazione COM(2014) 158 final, anch'essa vertente sulle tematiche relative allo Stato di diritto e i diritti fondamentali, si tratta di una sorta di «testamento politico» della Reding, la quale all'interno della attuale Commissione europea, si è distinta per capacità di promuovere con coraggio e lodevole spirito di iniziativa l'avanzamento della disciplina europea in settori così delicati quali sono quelli che rientrano nella sua competenza.

È infatti innegabile che negli ultimi anni sui diritti fondamentali e lo Spazio di libertà, sicurezza e giustizia l'Unione europea abbia registrato i progressi più vistosi e incoraggianti per chi crede nella necessità di un avanzamento del processo di integrazione europea.

È evidente, infatti, che per affrontare adeguatamente questioni quali la gestione dei flussi migratori e l'asilo, la lotta alla criminalità transfrontaliera, la tratta di esseri umani, la tutela della *privacy*, la garanzia dei diritti di cittadinanza e il contrasto al terrorismo, le risorse a disposizione dei singoli Stati membri non siano sufficienti e risulti assolutamente imprescindibile uno stretto coordinamento a livello europeo.

Le stesse considerazioni valgono per le iniziative che negli ultimi anni la Commissione europea ha assunto per rafforzare la cooperazione di polizia e giudiziaria, anche attraverso la creazione di organismi quali la Procura europea, e per pervenire al reciproco riconoscimento delle pronunce delle autorità giurisdizionali mediante la progressiva applicazione del principio del *non exequatur*.

Sempre sul piano politico, occorre considerare che nell'ambito di una gestione così attiva e propositiva, quale è stata

quella della Commissaria Reding, una attenzione particolare è stata delicata proprio al tema della salvaguardia dei diritti fondamentali.

Si tratta di un tema che recentemente ha assunto una vera e propria centralità nel dibattito politico, oltre che nella discussione accademica, alla luce di alcuni eventi, in qualche caso clamorosi, che hanno evidenziato il rischio concreto che all'interno dell'Unione europea possano non essere adeguatamente garantiti i diritti fondamentali che sono alla base dello Stato di diritto e che costituiscono il tratto comune e più significativo dell'esperienza dell'integrazione europea.

Ricorda che, in base all'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea, il perseguimento dei valori attraverso i quali si traduce lo Stato di diritto ha carattere prioritario rispetto a tutte le altre politiche dell'Unione europea, compresa la creazione di un mercato unico.

Da più parti è stato tuttavia segnalato il rischio di una grave asimmetria per cui se, da un lato, l'Unione europea sottopone ad una verifica accurata l'idoneità dei paesi candidati ad aderire all'Unione stessa sulla base del rispetto dei diritti fondamentali e addirittura subordina a « clausole di condizionalità » volte a garantire il rispetto dei diritti fondamentali la stipula di trattati commerciali con Paesi terzi, dall'altro lato la stessa UE non dispone di strumenti adeguati ad assicurare il rispetto dei medesimi diritti al suo interno, da parte di Paesi che sono già membri.

In sintesi, gli strumenti vigenti si traducono nella cosiddetta « opzione nucleare » costituita dall'articolo 7 del Trattato sull'Unione europea (che tuttavia non a caso non ha mai trovato attuazione per le elevate maggioranze richieste per l'adozione di eventuali sanzioni quali la sospensione del diritto di voto in seno al Consiglio nei confronti del Paese ritenuto responsabile di violazioni gravi e persistenti dei diritti fondamentali) e la attivazione di procedure di infrazione ai sensi dell'articolo 158 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, che tuttavia

può aver luogo soltanto in presenza di violazione di specifiche disposizione dell'ordinamento dell'Unione europea.

La carenza di adeguati strumenti di salvaguardia di diritti fondamentali, in presenza di violazioni non episodiche ma sistematiche, ha indotto autorevoli esponenti governativi di alcuni Paesi membri, lo stesso Parlamento europeo e, più recentemente, la Commissionaria Reding ad avanzare proposte puntuali volte a rimediare ai limiti della vigente disciplina che in alcuni casi si muovono nel solco del diritto primario già esistente e in altre prefigurano una parziale modifica dei Trattati.

La discussione, già assai articolata, su questi aspetti, potrà trovare una ulteriore importante occasione di approfondimenti in occasione del semestre di Presidenza italiano nel corso del quale dovrebbero pervenire a conclusione importanti negoziati su questo tema, tra cui quello relativo alla protezione dei dati personali.

È comunque evidente l'importanza di documenti quali la comunicazione all'ordine del giorno della odierna seduta, con i quali si fornisce un essenziale contributo di conoscenza e di valutazione sullo stato di attuazione della normativa esistente.

Una ricognizione di questo tipo, così accurata e nella quale gli elementi di informazione di carattere prettamente giuridico si intrecciano con considerazioni di ordine politico, è essenziale anche ai fini degli ulteriori progressi che il confronto su materie tanto delicate, che toccano profili costituzionali di ciascuno degli Stati membri, oltre che l'ordinamento dell'Unione europea, potrà registrare nel prossimo futuro.

La comunicazione reca, infatti, una panoramica assai dettagliata sugli orientamenti della Corte di giustizia, che è andata consolidando una ricca giurisprudenza in materia di applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea nei singoli Stati membri.

La Carta, firmata a Nizza nel 2000 ha, in base al Trattato sull'Unione europea, il medesimo valore giuridico dei trattati stessi. La Carta ha il grande merito di

ricondurre ad unicità una serie di diritti che prima erano dispersi in diversi e distinti strumenti legislativi (leggi nazionali, ordinamento dell'Unione europea, accordi internazionali).

Un secondo merito della Carta è, a suo avviso, quello di non limitarsi ad affermare una serie di diritti civili e politici (tutela della dignità umana e dell'integrità della persona; diritto alla libertà e alla sicurezza, rispetto della *privacy*, non discriminazione e parità di genere, diritti di cittadinanza, a cominciare da quelli relativi all'esercizio del voto, diritto alla difesa e presunzione di innocenza nei procedimenti giudiziari) ma di comprendere anche i diritti tipicamente sociali quali quelli a tutela dei lavoratori.

Ricorda, inoltre, che accanto alla Commissione europea, che svolge attraverso la relazione annuale questa accurata ricognizione, operano all'interno dell'Unione europea anche altri organismi specializzati, a partire dalla Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, la quale effettua un attento monitoraggio della situazione esistente all'interno dell'Unione anche segnalando eventuali buone pratiche da condividere, il cui lavoro istruttorio è indispensabile per le istituzioni politiche impegnate nell'aggiornamento della normativa.

La comunicazione contiene in primo luogo una serie di informazioni circa l'applicazione della Carta dei diritti fondamentali negli Stati membri.

Al riguardo, occorre considerare che ai sensi dell'articolo 51 della medesima Carta, ad essa gli Stati membri sono obbligati esclusivamente in attuazione del diritto dell'Unione. In altri termini, i destinatari principali della Carta sono anzitutto le istituzioni dell'Unione europea. La comunicazione passa quindi in rassegna alcune recenti pronunce della Corte di giustizia dell'Unione europea che hanno garantito un prezioso contributo per affinare gli orientamenti giurisprudenziali nella definizione dell'ambito di applicazione della Carta.

La comunicazione non si limita tuttavia a questa rassegna; ad essa si accompagna

una sintetica ricostruzione di alcune recenti iniziative adottate dalla Commissione europea volte a promuovere l'applicazione dei principi e della finalità della Carta traducendone i contenuti sul piano del diritto secondario. Tra le altre, vengono richiamate le proposte avanzate dalla Commissione europea in materia di processo equo; di protezione di dati personali; di asilo ed immigrazione.

È da segnalare che lo sforzo compiuto dalla Commissione europea sul terreno del processo equo e delle garanzie procedurali. A questo riguardo va richiamato il progresso costituito dalla elaborazione di un indicatore sull'efficienza, la qualità e l'indipendenza dei sistemi giudiziari nei diversi Stati membri (il cosiddetto *scoreboard* giustizia) che purtroppo evidenzia per il nostro Paese una situazione di criticità con particolare riferimento all'elevato numero di cause pendenti. È chiaro che l'inefficienza del sistema giudiziario può essere un potente fattore di pregiudizio per la salvaguardia dei diritti dei cittadini, specie se vittime di reati, oltre che per la competitività del Paese nel suo complesso.

Da ultimo, la comunicazione affronta il tema dell'adesione dell'Unione alla CEDU (Convenzione dei diritti dell'uomo).

I negoziati per l'adesione sono iniziati nel 2010 ma non risultano ancora pervenuti a conclusione.

L'adesione dovrebbe comportare l'attivazione di un controllo giurisdizionali aggiuntivo in materia di diritti fondamentali per cui anche gli atti delle istituzioni e degli organi dell'Unione europea, comprese le sentenze della Corte di giustizia, risulterebbero impugnabili davanti alla Corte europea dei diritti dell'Uomo con sede a Strasburgo. Un ulteriore effetto dell'adesione è costituito dalla azionabilità di un ricorso alla Corte dei diritti dell'Uomo da parte di qualunque cittadino, purché siano state esaurite tutte le vie di ricorso interno.

L'adesione alla CEDU comporterà quindi novità significative sul piano dell'ordinamento europeo e della effettività della garanzia dei diritti fondamentali.

Allo stato appare tuttavia difficile valutare se l'adesione produrrà soltanto effetti positivi, in termini di ampliamento degli strumenti di tutela ovvero non possa anche produrre situazioni di criticità alla luce dei differenti orientamenti che le Corti di Strasburgo e di Lussemburgo hanno maturato e del rischio di pronunce discordanti, tali da determinare situazioni di incertezza e precarietà.

Rileva che la comunicazione contiene una serie di utili elementi di informazione e valutazione su cui si deve sviluppare un confronto di alto livello per la delicatezza e il rilievo delle materie che ne costituiscono l'oggetto. L'Unione europea, anche grazie all'iniziativa di una Commissaria intelligente e coraggiosa come la Reding, ha saputo realizzare importanti risultati in materia; molto ancora resta tuttavia da fare per cui tutti i contributi di conoscenza, come la comunicazione all'ordine del giorno, risulteranno preziosi in quanto concorreranno a creare le premesse per ulteriori progressi.

In conclusione, richiama alcuni punti della Comunicazione COM(2014) 158 final recante « Un nuovo quadro dell'UE per rafforzare lo Stato di diritto » che sarà esaminata congiuntamente alla II Commissione e che costituisce un atto strettamente connesso a quello oggi in discussione.

Al riguardo, sottolinea che tale documento evidenzia che dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea (« Corte di giustizia ») e della Corte europea dei diritti dell'uomo, nonché dai documenti elaborati dal Consiglio d'Europa, in particolare sulla scorta dell'esperienza della commissione di Venezia, si può desumere il nucleo sostanziale dello Stato di diritto come valore comune dell'UE ai sensi dell'articolo 2 del TUE. Tale nucleo è costituito dai principi di legalità (secondo cui il processo legislativo deve essere trasparente, responsabile, democratico e pluralistico); certezza del diritto; divieto di arbitrarietà del potere esecutivo; indipendenza e imparzialità del giudice; controllo giurisdizionale effettivo, anche

per quanto riguarda il rispetto dei diritti fondamentali; uguaglianza davanti alla legge.

Sul tema, fa presente che particolare rilievo, a suo giudizio, assumono sia il principio della separazione delle carriere della Magistratura inquirente e giudicante, in un'ottica di garantire l'indipendenza del giudice, sia quello della responsabilità civile dei magistrati.

Francesco Paolo SISTO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi l'esame del provvedimento ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.30.**

#### AVVERTENZA

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

#### COMITATO PERMANENTE PER I PARERI

*Ratifica ed esecuzione dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri dell'Unione europea, riuniti in sede di Consiglio, relativo al finanziamento degli aiuti dell'Unione europea forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP-UE e all'assegnazione di assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltremare cui si applicano le disposizioni della parte quarta del trattato sul funzionamento dell'UE, fatto a Lussemburgo il 24 giugno 2013.*

C. 2083 Governo.

*Ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Sud Africa in materia di cooperazione di polizia, fatto a Cape Town il 17 aprile 2012.*

C. 2081-A.

*Ratifica ed esecuzione del Protocollo aggiuntivo e dello Scambio di Lettere recanti modifiche alla Convenzione tra Italia e Lussemburgo intesa ad evitare le doppie*

*imposizioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio ed a prevenire la frode e l'evasione fiscale, con Protocollo, del 3 giugno 1981, fatti a Lussemburgo il 21 giugno 2012.*  
C. 2082.

*Ratifica ed esecuzione del Protocollo facoltativo relativo al Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, fatto a New York il 10 dicembre 2008.*  
C. 2085 Governo.

*Ratifica ed esecuzione dello scambio di Note tra la Repubblica italiana e l'Istituto internazionale per l'unificazione del diritto privato (UNIDROIT) modificativo dell'articolo 1 dell'Accordo di sede tra l'Italia e l'UNIDROIT del 20 luglio 1967, come emendato con scambio di Note del 5-9 giugno 1995, fatto a Roma il 21 dicembre 2012.*  
C. 2099-A Governo.

*Ratifica ed esecuzione dell'Accordo sulla creazione del blocco funzionale dello spazio*

*aereo Blue Med tra la Repubblica italiana, la Repubblica di Cipro, la Repubblica ellenica e la Repubblica di Malta, fatto a Limassol il 12 ottobre 2012.*

C. 2280 Governo, approvato dal Senato.

SEDE REFERENTE

*Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e altre disposizioni concernenti misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati.*

C. 1658 Zampa.

*Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza e di identificazione nonché sul trattamento dei migranti nei centri di accoglienza, nei centri di identificazione ed espulsione e nei centri di accoglienza per richiedenti asilo. Doc XXII, n. 18 Fratoianni, Doc XXII, n. 19 Marazziti e Doc XXII, n. 21 Fiano.*

ALLEGATO

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali (C. 2365 Governo).**

**PARERE APPROVATO**

Il Comitato permanente per i pareri della I Commissione,

esaminato il testo del disegno di legge C. 2365 Governo, recante « Conversione in legge del decreto-legge 12 maggio 2014, n. 74, recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali »,,

considerato che le disposizioni contenute nel decreto-legge riferite alla protezione civile sono riconducibili alle materie di legislazione concorrente elencate nel terzo comma dell'articolo 117 della Costituzione e che le altre disposizioni contenute nel provvedimento sono riconducibili alla materia « ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato » attribuita alla competenza legislativa esclusiva dello Stato dalla lettera g) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione,

evidenziato che l'articolo 1, comma 1, mira a garantire la continuità dell'attività di ricostruzione avviata a seguito del sisma del maggio 2012 e a coordinarla con gli interventi necessari per la ricostruzione, l'assistenza alle popolazioni e la ripresa economica nei territori dei comuni, già colpiti dal sisma del 20 e 29 maggio 2012, e interessati anche dagli eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, come individuati dall'articolo 3 del decre-

to-legge n. 4, del 2014 nonché dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, come individuati dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 9 maggio 2013, dichiarativa dello stato di emergenza, e in attuazione dell'ordinanza di protezione civile n. 83 del 2013,

rilevato, in proposito, che, in applicazione dei riferimenti normativi sopra citati, non sono specificamente individuati i comuni colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013,

osservato che mentre il comma 1 dell'articolo 1 ricomprende tra i territori interessati dalle disposizioni del decreto anche quelli colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, nei commi 3, 4, 7 e 8 del medesimo articolo si fa riferimento, invece, solo agli eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014,

ricordato che il comma 5 consente al Presidente della regione Emilia-Romagna, nella sua veste di Commissario delegato, di destinare complessivamente 210 milioni di euro, per gli anni 2014 e 2015 per contributi per danni subiti da soggetti privati colpiti dagli eventi alluvionali del gennaio 2014 e dalla tromba d'aria nonché per i più urgenti interventi connessi al programma di messa in sicurezza idraulica dei territori connessi ai fiumi che hanno generato gli eventi alluvionali citati,

ricordato, altresì, che il comma 6 affida al Presidente della Regione, in coordinamento con il Commissario delegato

all'emergenza idrogeologica e con gli altri soggetti istituzionalmente competenti, l'individuazione dei progetti cantierabili necessari per la messa in sicurezza dei territori e delle risorse necessarie per il loro finanziamento,

evidenziato che il comma 6 prevede, inoltre, che siano individuate, con riferimento ai progetti cantierabili necessari per la messa in sicurezza dei territori di cui al comma 1, le risorse previste a legislazione vigente disponibili nella contabilità speciale intestata al Commissario delegato all'emergenza idrogeologica o che devono essere immediatamente trasferite nella stessa contabilità per l'avvio o la prosecuzione degli interventi,

sottolineato che il comma 7 demanda ad appositi provvedimenti del Presidente della Regione Emilia-Romagna, nella sua veste di Commissario delegato: la determinazione, sulla base dei danni effettivamente verificatisi, di priorità, modalità e percentuali entro le quali possono essere concessi contributi (al netto di eventuali risarcimenti assicurativi) necessari per la ripresa delle attività economiche e delle normali condizioni di vita e di lavoro dei privati cittadini, nel limite delle risorse indicate dal comma 5; l'individuazione dei requisiti soggettivi e oggettivi (per la concessione dei contributi) e le modalità di asseverazione dei danni subiti, anche prevedendo procedure semplificate per i danni di importo inferiore alla soglia determinata dal Commissario,

evidenziato che, al medesimo comma 7, viene altresì prevista l'estensione di tali procedure, ai fini dell'armonizzazione dei

comportamenti amministrativi, anche ai provvedimenti futuri relativi al sisma del maggio 2012; viene altresì stabilita l'autorizzazione di contributi per l'autonoma sistemazione, sempre nel limite delle risorse di cui al comma 5 dei nuclei familiari la cui abitazione principale in conseguenza dell'evento alluvionale è stata dichiarata inagibile o accertata come inabitabile da parte dei competenti uffici locali,

rilevata l'opportunità di chiarire maggiormente il rapporto tra le disposizioni recate dai commi 5, 6 e 7,

esprime

#### PARERE FAVOREVOLE

*con le seguenti osservazioni:*

a) all'articolo 1, comma 1, valuti la Commissione di merito l'opportunità di assicurare una puntuale individuazione dei comuni colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, considerato che la delibera del Consiglio dei ministri 9 maggio 2013 e l'ordinanza di protezione civile n. 83 del 2013, richiamate dal testo, non li indicano nel dettaglio;

b) valuti la Commissione di merito l'opportunità di chiarire maggiormente all'articolo 1, commi 3, 4, 7 e 8 se tra i territori interessati dalle disposizioni del decreto siano ricompresi anche quelli interessati dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013;

c) valuti la Commissione di merito l'opportunità di chiarire maggiormente il rapporto tra le disposizioni recate dai commi 5, 6 e 7.

## II COMMISSIONE PERMANENTE

### (Giustizia)

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

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	133
INDAGINE CONOSCITIVA:	
Indagine conoscitiva in merito all'esame della proposta di legge C. 631-B, recante disposizioni in materia di misure cautelari personali, visita a persone affette da handicap in situazione di gravità e illeciti disciplinari.	
Audizione di Franco Roberti, Procuratore nazionale antimafia, e di Daniele Negri, Professore di diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Ferrara. <i>(Svolgimento e conclusione)</i> .	133
INTERROGAZIONI:	
5-02186 Colletti: Sullo svolgimento del concorso a 250 posti per notaio bandito il 29 marzo 2013 .....	134
ALLEGATO ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	135

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.40 alle 13.55.

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Donatella FERRANTI – Interviene il viceministro della giustizia Enrico Costa.*

**La seduta comincia alle 14.15.**

Indagine conoscitiva in merito all'esame della proposta di legge C. 631-B, recante disposizioni in materia di misure cautelari personali, visita a persone affette da handicap in situazione di gravità e illeciti disciplinari.

**Audizione di Franco Roberti, Procuratore nazionale antimafia, e di Daniele Negri, Professore di diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Ferrara.**

*(Svolgimento e conclusione)*.

Donatella FERRANTI, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Introduce, quindi, l'audizione.

Svolgono una relazione sui temi oggetto dell'audizione Franco ROBERTI, *Procuratore nazionale antimafia*, e Daniele NEGRI, *Professore di diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Ferrara*.

Intervengono per porre quesiti e formulare osservazioni i deputati Vittorio FERRARESI (M5S), Giulia SARTI (M5S), Sofia AMODDIO (PD) e Donatella FERRANTI, *presidente*.

Interviene il Viceministro Enrico COSTA.

Rispondono ai quesiti posti Franco ROBERTI, *Procuratore nazionale antimafia*, e Daniele NEGRI, *Professore di diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Ferrara*.

Donatella FERRANTI (PD), ringrazia gli auditi e conclude l'audizione.

Dichiara altresì conclusa l'indagine conoscitiva.

**La seduta termina alle 15.40.**

---

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

#### INTERROGAZIONI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Donatella FERRANTI – Interviene il viceministro della giustizia Enrico Costa.*

**La seduta comincia alle 15.45.**

**5-02186 Colletti: Sullo svolgimento del concorso a 250 posti per notaio bandito il 29 marzo 2013.**

Il viceministro Enrico COSTA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato*).

Andrea COLLETTI (M5S), replicando, dichiara di non potersi ritenere soddisfatto della risposta fornita, che non ritiene esaustiva. Si riserva, quindi, di presentare ulteriori atti di sindacato ispettivo.

**La seduta termina alle 15.50.**

ALLEGATO

**Interrogazione 5-02186 Colletti: Sullo svolgimento del concorso  
a 250 posti per notaio bandito il 29 marzo 2013.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in oggetto, si rappresenta, in primo luogo, che il Presidente della Commissione esaminatrice del concorso indetto con decreto dirigenziale del 22 marzo 2013, notaio dott. Francesco Antonio Genovese, ha provveduto a depositare presso la Direzione generale della Giustizia civile, Dipartimento per gli Affari di Giustizia di questo Ministero, una relazione dettagliata contenente alcuni opportuni chiarimenti in ordine a talune circostanze, cui si fa riferimento nella presente interrogazione, relative allo svolgimento delle prove scritte del concorso in esame.

A seguito del ricevimento della suddetta relazione, la Direzione generale della Giustizia civile ha provveduto ad esporre con nota del 3 aprile 2014 le proprie considerazioni sui fatti.

Più precisamente, circa la questione delle dimissioni del notaio dott. Giuseppe Maiatico, risulta che quest'ultimo ha rassegnato le dimissioni, quale componente della commissione di concorso, il giorno 19 novembre 2014 ed è stato sostituito dal notaio dott. Garroni.

Nella suddetta nota è riferito che la circostanza relativa a presunte frasi di disappunto rivolte nei confronti degli altri commissari che il notaio dott. Maiatico avrebbe scritto su un noto *social network* non è in alcun modo emersa nella lettera con la quale questi ha rassegnato le proprie dimissioni, rappresentando di non potere dare, allo stato, alcun rilievo a dichiarazioni non formalmente rappresentate ed esposte all'organo di vigilanza di questo Ministero.

Circa la direttiva data dal Presidente di Commissione in ordine all'uso esclusivo di penne ad inchiostro nero, nella relazione è riportato che la misura è stata adottata al fine di evitare possibili segni di riconoscimento e, peraltro, si è comunque provveduto a metterne a disposizione in favore di tutti coloro che non ne avessero la disponibilità.

Con riferimento, poi, alla richiesta di consegna anche dei fogli usati per le minute, il Presidente della Commissione ha relazionato di avere provveduto in tal modo sulla base di una interpretazione della previsione di cui all'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 166.

Ponendo, quindi, attenzione al profilo, evidenziato nell'interrogazione, relativo alle censure tecnico-giuridiche di una delle tre prove del concorso ritenuta di quasi impossibile risoluzione, in quanto basata su di una massima giurisprudenziale dal contenuto del tutto controverso, va detto che il Presidente della Commissione ha precisato che, in relazione alla traccia sorteggiata il terzo giorno, a fronte dei quesiti posti dai candidati (...) previa consultazione con i componenti della commissione, si è limitato a dichiarare, e successivamente a ribadire, che ogni soluzione conforme a diritto avrebbe potuto trovare accoglimento se adeguatamente motivata ed idonea a raggiungere gli obiettivi perseguiti dalle parti contraenti.

Alla luce di quanto sopra, rispondo al primo quesito, cui si conchia anche il secondo, evidenziando che gli elementi sopra accertati inducono a ritenere che la

vicenda risulta priva di elementi che consiglino allo stato un intervento di questo Ministero.

Preme evidenziare, in questo contesto, quale indice esterno della insussistenza di elementi di criticità riscontrabili nella procedura in esame, il dato fattuale che, a fronte di 4.565 domande di partecipazione al concorso e di 2.358 candidati presenti alle prove scritte, ben 917 hanno provveduto alla consegna dei tre elaborati; peraltro, le correzioni degli elaborati stanno procedendo senza che sia stata segnalata dal Presidente della Commissione o dagli altri componenti alcuna anomalia.

Con riferimento al terzo quesito relativo alla modifica delle procedure di selezione degli aspiranti notai in modo da introdurre misure maggiormente idonee a garantire l'assoluta imparzialità nella valutazione dei candidati, deve dirsi che,

ferma restando la possibilità di scelte normative migliorative, l'attuale sistema di selezione offre le necessarie garanzie di imparzialità nella selezione dei candidati.

Circa, infine, il quesito relativo alla eventuale eliminazione, con norma primaria, del limite massimo delle tre prove cui il candidato può partecipare, preme evidenziare che lo stesso è stato introdotto in sostituzione della prova preselettiva a quiz ed ha la finalità, attualmente necessaria da perseguire, di creare un necessario strumento, almeno in astratto, idoneo a porre le commissioni di concorso in condizione di correggere un numero consistente di elaborati, ma con esclusione almeno di quei candidati che, in forza del ripetuto non superamento dell'esame, appaiono verosimilmente in difetto di solida preparazione giuridica.

## III COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari esteri e comunitari)

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

#### RISOLUZIONI:

7-00197 Cimbro: Sulla stesura di un «Protocollo Milano» sull'efficienza della catena agroalimentare, in seno all'Expo 2015 ( <i>Discussione e approvazione della risoluzione n. 8-00061</i> ) .....	137
<i>ALLEGATO 1 (Nuova formulazione approvata dalla Commissione)</i> .....	142
Sui lavori della Commissione .....	139

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02925 Amendola: Sulla formazione del nuovo esecutivo palestinese .....	139
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	145
5-02926 Pini: Sul prevedibile incremento dei visti d'ingresso in occasione di Expo 2015 ..	140
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	147
5-02927 Sibilia: Sulla riforma dell'indennità di sede all'estero (ISE) .....	140
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	149
5-02928 Scotto: Sull'assassinio in Ucraina del fotoreporter Andrea Rocchelli e di Andrey Mironov .....	140
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i> .....	151

#### COMITATO PERMANENTE SULL'AFRICA E LE QUESTIONI GLOBALI

#### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione di Mattia Toaldo, ricercatore presso l' <i>European Council on Foreign Relations</i> (ECFR), sui recenti sviluppi della situazione in Libia .....	141
---	-----

#### RISOLUZIONI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Andrea MANCIULLI. — Interviene il viceministro degli affari esteri, Lapo Pistelli.*

**La seduta comincia alle 14.20.**

**7-00197 Cimbro: Sulla stesura di un «Protocollo Milano» sull'efficienza della catena agroalimentare, in seno all'Expo 2015.**

*(Discussione e approvazione della risoluzione n. 8-00061).*

Eleonora CIMBRO (PD), nell'illustrare la risoluzione a sua prima firma, la considera un punto di partenza per dare risposte concrete al tema dell'Expo 2015, «Nutrire il pianeta. Energie per la vita». Pur nella consapevolezza delle criticità relative soprattutto alla realizzazione delle infrastrutture su cui sta indagando la magistratura, ma anche alle rivalità ed alle lentezze amministrative, auspica la convergenza politica di tutti i gruppi, ivi incluso il Movimento Cinque Stelle, sul messaggio positivo che in ogni caso l'Expo 2015 rappresenta per l'Italia e per il mondo. Nel ricordare la nomina del commissario straordinario da parte del prece-

dente esecutivo, elogia il tempestivo intervento dell'attuale Presidente del Consiglio perché non venga persa una così straordinaria ed irripetibile opportunità, anche sotto il profilo della ricaduta occupazionale. Invita pertanto a focalizzare gli obiettivi della manifestazione, ripresi dalla risoluzione in titolo in ordine alla sicurezza alimentare ed alla lotta allo spreco alimentare alla ricerca di buone pratiche da consolidare in uno strumento come il « Protocollo di Milano », alla stregua di quello di Kyoto in materia ambientale. Richiamando la risoluzione votata al riguardo dal Parlamento europeo il 19 gennaio 2012, nonché l'Anno europeo contro lo spreco alimentare, conclude nel senso dell'attivazione celere di un percorso condiviso.

Il viceministro Lapo PISTELLI, nell'esprimere il consenso del Governo sull'intero testo della risoluzione in discussione, ne auspica una larga approvazione. Informa quindi la Commissione di una sua imminente visita a Milano, sottolineando l'intreccio dell'Expo 2015 con la definizione degli obiettivi dell'Agenda globale post-2015, come dimostrerà lo svolgimento della Giornata del Cibo alla presenza del Segretario generale dell'ONU, Ban Ki Moon. In tale ottica, ritiene che la manifestazione milanese sia il primo grande evento di nuova generazione sullo sfondo della sfida globale per la liberazione dal bisogno. Ricorda infine che il Consiglio europeo con cui si concluderà la prossima presidenza italiana dell'UE sarà tra l'altro chiamato a definire la posizione comune su tale tematica.

Pia Elda LOCATELLI (Misto-PSI-PLI) esprime un convinto sostegno alla risoluzione in titolo, richiamando l'attenzione del Governo sugli opportuni collegamenti con i seguiti relativi a « Pechino+20 », anche in vista della 59ma sessione della Commissione ONU per le donne.

Guglielmo PICCHI (FI-PdL), nell'apprezzare e condividere lo spirito della risoluzione, invita la collega presentatrice

a riformularne la parte dispositiva con un riferimento al principio di sussidiarietà.

Carlo SIBILIA (M5S) ribadisce le valutazioni negative della sua parte politica sul modo in cui è stata gestita l'Expo 2015, tradendone il messaggio iniziale e rinunciando all'innovazione. Ricorda lo stridente contrasto tra talune rassicuranti dichiarazioni del Ministro Alfano, volte ad escludere le infiltrazioni mafiose, e la successiva catena di arresti ordinata dalla magistratura. A suo avviso, fin dall'inizio si sarebbero potute seguire opzioni diverse come quelle prospettate dal professor Emilio Battisti. Contesta invece il continuo ricorso a fondi pubblici, spesso distolti da attività istituzionali e dalle stesse forze dell'ordine. Esprime quindi forti perplessità sul tono trionfalistico delle premesse, mentre concorda sostanzialmente sulla parte dispositiva, per cui preannuncia l'astensione del suo gruppo.

Lia QUARTAPELLE PROCOPIO (PD) osserva come l'Expo 2015 ben rifletta i nuovi termini del dibattito internazionale sulle politiche di sviluppo che sta archiviando i vecchi criteri di distinzione tra Paesi. Concorda quindi, a nome del suo gruppo, con il testo proposto dalla collega Cimbri nell'ottica di rilanciare il tema specifico della manifestazione milanese con particolare riguardo alla lotta allo spreco alimentare. Occorre a suo avviso promuovere una *legacy* dell'iniziativa non solo materiale, ma anche immateriale, a valere sui contenuti, grazie ad una spinta parlamentare e governativa che sia il frutto di un'intesa tra le forze politiche, come auspicato dalla stessa prima firmataria della risoluzione, al di là delle divisioni relative agli ambiti organizzativi ed amministrativi.

Arturo SCOTTO (SEL) osserva che la Commissione non è chiamata a decidere se tenere o annullare l'Expo 2015, ma piuttosto ad orientarne i contenuti sottolineando il ruolo dell'Italia nella lotta allo spreco alimentare e nella cooperazione allo sviluppo. Si richiama alle parole di

Carlo Petrini circa l'educazione agro-alimentare per auspicare che si eviti l'ennesimo appuntamento mancato. Ricorda infine che il Comitato permanente sull'Africa e le questioni globali, da lui presieduto, ha in programma di audire i rappresentanti delle organizzazioni internazionali del Polo alimentare romano.

Gianluca PINI (LNA), nell'apprezzare il delicato tema trattato dalla risoluzione per la sostenibilità dello sviluppo globale, paventa tuttavia nell'illustrazione da parte della prima firmataria il rischio di scivolare in polemiche politiche spicciole, da cui il suo gruppo intende decisamente sottrarsi. Invita pertanto a prendere in considerazione l'eventualità di un voto per parti separate.

Eleonora CIMBRO (PD) ribadisce l'impegno a riportare l'attenzione sul contenuto dell'Expo 2015, rassicurando da un lato il Movimento Cinque Stelle sull'assenza di alcun trionfalismo, dall'altro la Lega Nord sulla mancanza di qualsivoglia polemica politica, avendo invece voluto limitarsi a fornire una contestualizzazione del problema. Nell'accogliere la proposta del collega Picchi, riformula in tal senso la risoluzione di cui è prima firmataria (*vedi allegato 1*) e si dichiara favorevole al voto per parti separate.

Il viceministro Lapo PISTELLI ribadisce il consenso del Governo sulla formulazione testé presentata.

La Commissione, con distinte votazioni, approva la parte motiva e la parte dispositiva della risoluzione in titolo, che assume il n. 8-00061.

#### **Sui lavori della Commissione.**

Andrea MANCIULLI, *presidente*, avverte che non essendo stati presentati emendamenti ai disegni di legge C. 1923 e C. 2086 (Italia-Brasile e Italia-Argentina) sullo svolgimento di attività lavorativa da parte dei familiari conviventi del personale

diplomatico); C. 2270 (Italia-Turchia sulla previdenza sociale) e C. 2276 (Italia-Turchia sulla lotta ai reati gravi), i predetti testi saranno trasmessi alle Commissioni competenti in sede consultiva.

La Commissione conviene.

**La seduta termina alle 14.50.**

#### **INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA**

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Andrea MANCIULLI. — Interviene il viceministro degli affari esteri, Lapo Pistelli.*

**La seduta comincia alle 14.55.**

**5-02925 Amendola: Sulla formazione del nuovo esecutivo palestinese.**

Andrea MANCIULLI, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

Vincenzo AMENDOLA (PD) illustra l'interrogazione in titolo a sua prima firma, evidenziando l'importanza, per l'Italia e per l'Europa, di fornire un contributo al processo di pace avviato ed alla stabilizzazione dell'intera regione mediterranea. Ricorda che lo stesso Pontefice, nel suo recente viaggio in Terra Santa, ha richiamato nuovamente l'esigenza di un contributo universale alla pacificazione dell'area mediorientale. Osserva, inoltre, come negli ultimi mesi si sia avuta l'impressione che, accanto ad un ruolo centrale e preminente degli Stati Uniti, i partner europei non siano stati in grado di assumere una posizione rilevante. Si

chiede, pertanto, se, cogliendo l'opportunità offerta dal prossimo semestre di presidenza dell'Unione europea, l'Italia non intenda restituire all'Europa quel ruolo preminente che le spetterebbe.

Il viceministro Lapo PISTELLI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Vincenzo AMENDOLA (PD), replicando, si dichiara pienamente soddisfatto della risposta del rappresentante del Governo e auspica che la Commissione promuova iniziative di diplomazia parlamentare che si richiamino ai principi degli Accordi di Oslo.

**5-02926 Pini: Sul prevedibile incremento dei visti d'ingresso in occasione di Expo 2015.**

Gianluca PINI (LNA) illustra l'interrogazione in titolo a sua prima firma.

Il viceministro Lapo PISTELLI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Gianluca PINI (LNA), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta del rappresentante del Governo del quale apprezza, altresì, l'onestà intellettuale.

**5-02927 Sibilia: Sulla riforma dell'indennità di sede all'estero (ISE).**

Carlo SIBILIA (M5S), illustra l'interrogazione in titolo a sua prima firma.

Il viceministro Lapo PISTELLI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*) precisando che la riforma dell'ISE e, più in generale, l'intero processo di riorganizzazione della spesa del Ministero degli esteri, sono il frutto non di una pressione mediatica e dell'opinione pubblica bensì di una ragionata azione di revisione complessi-

siva in atto. Invita, poi, a valutare con prudenza la comparazione del trattamento del personale in servizio all'estero con quello degli altri servizi diplomatici occidentali poiché, prevedendo questi generalmente il rimborso a piè di lista di tutti i costi sostenuti, si corre il rischio di attuare misure che potrebbero, alla fine, risultare ben più gravose per l'erario rispetto alle attuali.

Carlo SIBILIA (M5S), replicando, si dichiara sufficientemente soddisfatto della risposta del Governo mentre si compiace del fatto che la riforma dell'ISE, necessitando di una modifica di livello legislativo, verrà sottoposta all'esame del Parlamento. Rispetto alle considerazioni aggiuntive del rappresentante del Governo, si chiede come gli sia stato possibile giungere alle relative conclusioni, proprio considerata la generica previsione del rimborso a piè di lista per i servizi diplomatici di diversi Paesi occidentali. Osserva infine che sarebbe opportuno, per l'attuazione del processo di *spending review*, agire in ambiti ancora non toccati piuttosto che tagliare ancora risorse ad un Ministero, quale è quello degli Affari esteri, costretto ad avvalersi di risorse già fin troppo esigue.

**5-02928 Scotto: Sull'assassinio in Ucraina del fotoreporter Andrea Rocchelli e di Andrey Mironov.**

Arturo SCOTTO (SEL) illustra l'interrogazione in titolo a sua prima firma evidenziando che questo tragico episodio assume un rilievo ancor più drammatico se si pensa che chi vi ha perso la vita era lì solo per dar modo a tutti di vedere, conoscere, comprendere cosa stesse davvero accadendo.

Il viceministro Lapo PISTELLI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Arturo SCOTTO (SEL), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta e ringrazia il Governo delle iniziative di mediazione e di dialogo che, in una situazione estremamente complessa, sta portando avanti.

Andrea MANCIULLI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 15.30.**

**COMITATO PERMANENTE SULL'AFRICA  
E LE QUESTIONI GLOBALI**

**AUDIZIONI INFORMALI**

**Audizione di Mattia Toaldo, ricercatore presso l'European Council on Foreign Relations (ECFR), sui recenti sviluppi della situazione in Libia.**

L'audizione informale si è svolta dalle 15.35 alle 16.25.

## ALLEGATO 1

**7-00197 Cimbro: Sulla stesura di un « Protocollo Milano » sull'efficienza della catena agroalimentare, in seno all'Expo 2015.****NUOVA FORMULAZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE**

La III Commissione,  
premessi che:

EXPO 2015 è un evento di eccezionale importanza per il nostro Paese, una straordinaria occasione per il rilancio economico e turistico dell'Italia intera, il primo evento di richiamo mondiale dopo 23 anni dai Campionati di calcio del 1990 e ben 53 dalle Olimpiadi di Roma;

il Presidente del Consiglio, Enrico Letta, il 7 luglio 2013, al lancio della campagna promozionale dell'esposizione, davanti anche al Presidente della Repubblica ha espresso il desiderio di « legare a EXPO 2015 l'obiettivo della ripresa economica del nostro Paese » affermando che EXPO 2015 « sarà fondamentale per uscire dalla crisi, anzi, sarà proprio il cuore della ripresa italiana »;

il tema della manifestazione « Nutrire il Pianeta. Energia per la vita », che riguarda le risorse del pianeta e l'alimentazione, favorisce, inoltre, la promozione dell'intero settore agroalimentare, consentendo la valorizzazione delle tante eccellenze del nostro Paese e promuovendo l'innovazione e lo sviluppo della ricerca e della produzione di qualità; dopo la crisi di questi anni, il tema della qualità dei consumi e della sostenibilità diverrà un tema di straordinaria attualità e l'ambizione deve essere quella di fare del nostro Paese, a partire da EXPO 2015, il punto di riferimento di questo dibattito;

l'Italia ha una consolidata tradizione in materia; Roma è la sede delle principali Organizzazioni delle Nazioni

Unite che si occupano di sicurezza alimentare, agricoltura e sviluppo sostenibile, quali l'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), il Programma alimentare mondiale (WFP) e il Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo (IFAD), alle quali ci si riferisce anche come il polo agro-alimentare romano;

l'agricoltura per le sue caratteristiche è efficiente dal punto di vista delle risorse e può svolgere un ruolo fondamentale e all'avanguardia nella lotta contro lo spreco alimentare;

l'EXPO sarà infatti una vetrina eccezionale; secondo i dati della Camera commercio Milano sono attesi 20 milioni di visitatori, l'indotto turistico sarà di euro 10,6 miliardi (produzione aggiuntiva) con 89.000 posti di lavoro (unità di lavoro aggiuntive), 130 Paesi partecipanti attesi. L'indotto economico totale nel periodo 2012-2020 a livello nazionale in termini di produzione aggiuntiva è stimato in 25 miliardi di euro e circa 200 mila posti di lavoro. Investimenti dei paesi partecipanti all'evento euro 3,2 miliardi (produzione aggiuntiva) 26.200 posti di lavoro (unità di lavoro aggiuntive). Creazione di nuove imprese euro 1,7 miliardi (produzione aggiuntiva) 12.400 posti di lavoro, (unità di lavoro aggiuntive). Opportunità di *business* internazionale euro 2,3 miliardi (produzione aggiuntiva) 16.500 posti di lavoro (unità di lavoro aggiuntive);

le istituzioni italiane e l'organizzazione di EXPO 2015 di Milano stanno predisponendo la creazione di spazi di riflessione internazionale che ospiti anche

gli esponenti delle Nazioni unite per lo sviluppo degli Obiettivi post 2015;

in vista della loro scadenza nel 2015, nel vertice del 2010 sugli OSM il segretario generale dell'ONU Ban Ki-moon ha ricevuto l'incarico di lanciare un processo consultivo su un quadro di riferimento per il periodo post-2015. Le Nazioni unite stanno lavorando in collaborazione con i governi, la società civile e altri *partner* per mettere a punto un'Agenda per lo sviluppo post 2015, che tenga conto delle acquisizioni e delle lezioni fin qui apprese e che continui, nel solco tracciato dal Vertice di sviluppo del millennio, nella ricerca di prosperità, equità, dignità e pace per tutti;

le cifre allarmanti divulgate dalla FAO – secondo cui attualmente 925 milioni di persone nel mondo sono a rischio di denutrizione – allontana sempre più il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo del millennio, incluso quello di dimezzare la fame e la povertà entro il 2015;

la sicurezza alimentare è un diritto fondamentale dell'umanità che si concretizza attraverso la disponibilità, l'accessibilità, l'utilizzo e la stabilità nel tempo di un'alimentazione sana, sufficiente, adeguata e nutriente; rileva che la produzione alimentare mondiale è compromessa da una serie di fattori, tra cui le limitate risorse naturali in rapporto al crescente numero della popolazione mondiale e lo scarso accesso al cibo da parte delle fasce più vulnerabili della popolazione, nonché lo spreco dello stesso;

lo spreco alimentare riguarda tutti i passaggi della catena alimentare e colpisce indistintamente tutti i Paesi. In quelli in via di sviluppo si localizza a monte della filiera agroalimentare, mentre in quelli sviluppati, come Europa e America settentrionale prevalentemente nella fase della vendita al dettaglio e del consumo; l'Unione europea con 180 chilogrammi *pro capite* e l'Italia con 149 chilogrammi *pro capite* risultano sopra la media dei Paesi sviluppati;

il sostegno dato ai Paesi in via di sviluppo per migliorare l'efficienza delle loro catene agroalimentari può giovare non solo direttamente alle economie locali e alla crescita sostenibile di questi territori, ma anche, in maniera indiretta, all'equilibrio globale del commercio di prodotti agricoli e alla redistribuzione delle risorse naturali;

il Parlamento europeo ha votato in seduta plenaria il 19 gennaio 2012 la Risoluzione « come evitare lo spreco di alimenti: strategie per migliorare l'efficienza della catena alimentare nell'UE » che si pone l'obiettivo di ridurre del 50 per cento gli sprechi alimentari entro il 2025 e di dichiarare il 2014 Anno Europeo di lotta agli sprechi alimentari attraverso una strategia per migliorare l'efficienza della catena alimentare degli Stati Membri;

la crisi globale, paradossalmente, può offrire un'occasione di cambiamento, e in questo senso la società civile può dare un indirizzo importante alle forze politiche ed economiche;

in tal senso *Last Minute Market*, spin-off dell'università di Bologna ha creato insieme a SWG un « Osservatorio sullo spreco alimentare » con l'obiettivo di minimizzare tutte le perdite e le inefficienze della filiera agroalimentare e un documento denominato « Carta Spreco Zero », il quale viene continuamente arricchito e aggiornato grazie all'implementazione delle conoscenze, allo scambio delle *best practices* fra amministrazioni;

il documento « Carta Spreco Zero » è stato formulata sulla base di una dichiarazione congiunta di cittadini, esperti e operatori e prescrive un decalogo comportamentale alimentare con cui poter avviare processi razionali al fine di ridurre drasticamente gli sprechi e le perdite alimentari attraverso il controllo e la prevenzione di tutte le attività pubbliche e private che implicino la gestione di cibo, acqua, energia, rifiuti, mobilità, comunicazione;

La « Carta per la Rete di Enti Territoriali a Spreco Zero » nata per san-

cire l'impegno di regioni, province e comuni in merito ai possibili indirizzi che questi ultimi possono mettere in atto a livello territoriale per prevenire comportamenti scorretti e incentivare quelli virtuosi in materia di sprechi e perdite alimentari, ha visto l'adesione di personalità del mondo culturale e scientifico e in particolare è stata sottoscritta sinora da circa 700 sindaci europei,

impegna il Governo:

a valutare, in seno all'evento di EXPO 2015, la possibilità di avviare un'iniziativa concertata con gli altri Paesi partecipanti per affrontare in sede internazionale il problema dello spreco alimentare e definire orientamenti e strategie per migliorare l'efficienza della catena agroalimentare, anche attraverso la stesura di un cosiddetto « Protocollo di Milano », così come già anticipato dal Presidente del

Consiglio dei ministri all'Assemblea generale dell'ONU: « l'Italia ritiene che sia giunto il momento di lanciare un nuovo consenso globale sul cibo »;

a sostenere l'idea di estendere l'iniziativa della « Carta per la rete di enti territoriali a spreco zero » ai sindaci più rappresentativi delle più importanti città extra-europee, in particolare delle capitali e delle metropoli dei Paesi con le economie più dinamiche e in crescita, così come ogni altra analoga iniziativa ispirata dal principio di sussidiarietà.

(8-00061) « Cimbro, Beni, Cassano, Chaouki, Fedi, Garavini, Locatelli, Marazziti, Fitzgerald Nissoli, Porta, Quartapelle Procopio, Scotto, Tentori, Terrosi, Tidei, Carra, Cenni, Mongiello, Valiante, Venitelli ».

## ALLEGATO 2

**5-02925 Amendola: Sulla formazione del nuovo esecutivo palestinese.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La creazione di un Governo di unità nazionale in Palestina è un passo significativo nel processo di riconciliazione palestinese. In ambito UE, al pari di quanto dichiarato anche dai nostri principali partner e dagli USA, è stata accolta con favore la nomina di un governo di personalità indipendenti, che, come assicurato dal Presidente Abbas, si impegna al rispetto dei tre noti principi stabiliti dal Quartetto, che il Ministro Mogherini ha voluto proprio ieri richiamare: rinuncia alla violenza, impegno a rispettare gli accordi già sottoscritti dall'OLP con Israele nonché il riconoscimento del diritto dell'esistenza dello Stato israeliano.

Il Ministro Mogherini ha infatti voluto assicurare nelle sue dichiarazioni di ieri pieno appoggio al nuovo governo palestinese sotto la guida del primo ministro Rami Hamdallah, riconoscendo che è stato compiuto un passo avanti importante nel processo di riconciliazione palestinese. Il Governo è quindi intenzionato a proseguire la collaborazione con l'esecutivo palestinese, viste le garanzie date dal presidente Mahmoud Abbas. La speranza è che questo cammino di riconciliazione getti nuove e più solide basi per un processo di pace che ci auguriamo riprenda il prima possibile.

Come già anticipato, anche in sede europea l'AR Ashton ha espresso analoghe valutazioni positive. Il proseguimento del dialogo e della collaborazione dell'UE e del nostro Paese con il nuovo governo palestinese dipenderà ovviamente dall'osservanza da parte di quest'ultimo degli impegni citati. Il processo di riconciliazione palestinese non sarà facile, ma crea anche nuove opportunità per il processo di pace,

per il rinnovamento democratico della Palestina a Gaza e in Cisgiordania. Il nuovo esecutivo si configura infatti come un governo tecnico di scopo del Presidente, che nasce per portare la Palestina alle elezioni nell'arco di sei mesi e porre mano alla ricostruzione della Striscia di Gaza. Prima grande prova di tale percorso saranno quindi le elezioni, il cui svolgimento presenta elementi di criticità e incertezza, prima fra tutti la constatazione che il movimento politico Hamas, sebbene non faccia parte del Governo palestinese, è un soggetto incluso nella lista UE delle organizzazioni terroristiche.

Siamo dunque solo all'inizio di un processo. Difficile prevederne l'esito, ma in questo momento occorre continuare ad assicurare l'appoggio europeo ed italiano al Presidente Abbas, sostenendo il processo di riconciliazione dietro la sua guida.

A tal fine segnalò l'intenzione del Governo di svolgere, probabilmente già nel prossimo mese di luglio, il Comitato Ministeriale Congiunto Italia-Palestina, che avrebbe dovuto tenersi l'8 giugno e che è stato rimandato proprio in virtù della contestuale formazione del nuovo governo palestinese. Si tratta di un incontro a livello governativo presieduto dai due ministri degli esteri che riunisce 4-5 altri ministri delle 2 parti, competenti per argomenti all'ordine del giorno. Il Comitato congiunto potrà fornire l'occasione per continuare a veicolare messaggi di sostegno dell'Italia alla ritrovata unità tra le fazioni palestinesi nel rispetto dei sopracitati principi del Quartetto rafforzando

allo stesso tempo il partenariato bilaterale centrato sul sostegno italiano allo « *State building process* » palestinese.

Anche in sede europea – dove il Governo intende fare leva sul semestre di Presidenza per riportare centralità al Mediterraneo –, così come negli altri fori

multilaterali a cui l'Italia partecipa, continuerà ad essere manifestato il nostro pieno appoggio ad un processo di riconciliazione i cui effetti, come già detto, potranno essere benèfici non solo sul processo di pace ma anche sulla stabilità dell'intera regione.

## ALLEGATO 3

**5-02926 Pini: Sul prevedibile incremento dei visti d'ingresso in occasione di Expo 2015.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Gli organizzatori stimano che, tra i numerosissimi visitatori stranieri attesi a EXPO, molti saranno cittadini di paesi soggetti a visto (soprattutto Russia e Cina), generando dunque un ulteriore incremento dei flussi turistici, che in alcune Sedi potrebbe far raddoppiare il numero di richieste di visto attualmente trattate. In particolare la Cina, per aver ospitato a Shanghai l'edizione di EXPO nel 2010 e per l'attenzione che le Autorità di Pechino stanno orientando sull'evento, rappresenterà uno dei principali bacini: i visitatori cinesi sono stimati dalla Società Expo fra 545.000 e 800.000, a fronte dei 350.000 visti rilasciati dall'Italia in Cina nel 2013. Un « effetto EXPO » è previsto per l'anno prossimo anche dalla Russia: la Società EXPO stima fra i 230.000 e i 600.000 visitatori russi, in aggiunta rispetto agli 800.000 visti rilasciati dai nostri Consolati nel 2013. Il Ministero degli esteri è in contatto con gli organizzatori, affinché vengano affinati i dati sui flussi turistici previsti, sulla base sia di indagini di mercato a campione che degli accordi effettivamente sottoscritti con le agenzie turistiche.

La Farnesina, compatibilmente con le risorse esistenti, è pienamente impegnata in un piano di rafforzamento che includa sia gli organici degli Uffici consolari che le risorse strumentali a loro disposizione. Una norma inclusa nel decreto sulla pubblica amministrazione dell'anno scorso (DL n. 101/2013) consente l'assegnazione temporanea di dipendenti di ruolo nelle sedi all'estero limitatamente ai periodi di picco di attività; la Farnesina sta già applicando questa nuova possibilità, anche

nell'ambito di una programmazione di medio periodo nella quale le esigenze derivanti dall'Expo sono tenute in considerazione in via prioritaria. Nel corso dell'*iter* di conversione del decreto IRPEF (DL n. 66/2014) un emendamento approvato in Commissione Bilancio e Finanze del Senato e del quale il Ministero auspica la definitiva approvazione prevede un aumento del personale assunto localmente dalle rappresentanze diplomatiche e dagli uffici consolari. Per queste operazioni il MAE non chiede nemmeno un centesimo aggiuntivo al contribuente: la maggiore flessibilità nell'impiego di personale di ruolo consente di inviare meno dipendenti da Roma per assumere, a costi unitari significativamente inferiori, un numero maggiore di impiegati locali.

Il rafforzamento del numero di dipendenti dedicati al settore visti – sia inviati da Roma che reclutati *in loco* – è il fattore chiave per garantire un'efficace gestione dell'atteso incremento delle richieste di visto. La sfida è duplice: da un lato, si tratta di aumentare il volume complessivo dei visti rilasciati, ai fini dell'attrazione di un maggior numero di turisti, e dall'altro di continuare a svolgere per ciascuna pratica quei rigorosi controlli previsti dalle norme nazionali ed europee a tutela della sicurezza e a prevenzione dei possibili abusi, evocati dall'Onorevole Interrogante. Su questo aspetto, il Ministero esercita una costante e attenta azione di supervisione e puntuale verifica dell'attività dei nostri uffici visti.

Uno dei nodi principali rimane, certamente, quello delle risorse finanziarie che consentano un rafforzamento delle strut-

ture anche sul piano delle dotazioni strumentali e l'adeguamento delle strutture di accoglienza del pubblico alle esigenze di rapidità, di decoro e di sicurezza. La legge finanziaria per il 2007 (legge n. 296/2006) e il decreto sviluppo del 2012 (DL n. 83/2012) hanno previsto meccanismi di riassegnazione di una parte delle maggiori entrate che le rappresentanze diplomatiche e consolari acquisiscono grazie all'aumento di numero di pratiche trattate. Questi meccanismi sono tuttavia farraginosi e lenti (i vari passaggi amministrativi richiedono spesso più di un anno). Da tempo il MAE ne auspica il superamento per passare ad un sistema più semplice ed efficace: sul modello di vari partner europei, vorremmo che le sedi all'estero potessero trattenere direttamente una piccola parte dei ricavi derivanti dalla trattazione delle pratiche consolari e di utilizzarli *in loco* per il miglioramento dei servizi e *in primis* a quelli volti alla trattazione delle domande di visto.

Più difficoltoso appare invece, come proposto dagli Onorevoli interroganti, intervenire sulla tariffa per i visti Schengen

(pari attualmente a 60 Euro), la quale non può essere modificata unilateralmente su base nazionale, essendo stabilita a livello europeo.

In merito infine a quanto rilevato dall'interrogante circa un presunto « inasprimento della tassa sull'uso dei passaporti », vorrei chiarire che l'emendamento approvato al DL IRPEF, al contrario, elimina la tassa annuale di euro 40,29 dovuta in caso di utilizzo del passaporto al di fuori dell'Unione Europea, sostituendola con un contributo amministrativo *una tantum* all'atto del rilascio. Il provvedimento, pertanto, è una semplificazione e, per chi chiede il passaporto per usarlo molto, ci sarà anche un notevole risparmio: anziché un pagamento all'atto dell'emissione seguito da ulteriori tasse annuali, il cittadino sarà tenuto a corrispondere, unicamente al momento del rilascio e per l'intera durata di validità del passaporto (che ricordo essere stata portata a dieci anni), il contributo amministrativo di 73,50 euro, che andrà ad aggiungersi al costo del libretto, lasciato invariato a 42,50 euro.

## ALLEGATO 4

**5-02927 Sibia: Sulla riforma dell'indennità di sede all'estero (ISE).****TESTO DELLA RISPOSTA**

Desidero confermare che la Farnesina è impegnata a proporre una revisione del trattamento economico all'estero del personale appartenente alla carriera diplomatica e dell'intero personale in servizio all'estero anche in linea con le sollecitazioni del Parlamento e nell'interesse stesso del Ministero degli esteri.

Sottolineo subito che è del tutto evidente che in un contesto generale di revisione della spesa pubblica, la riforma del trattamento economico all'estero sarà anche in grado di generare risparmi.

La riforma del trattamento economico all'estero si articola in due fasi, la prima delle quali è già stata inserita nel DL IRPEF all'esame del Senato e riguarda la riforma delle spese delle attività di rappresentanza. Se ne prevede lo scorporo integrale dal trattamento economico individuale e la confluenza delle relative risorse in un Fondo per spese istituzionali pienamente integrato nell'autonomia e flessibilità gestionale delle Sedi all'estero, sotto la diretta responsabilità dei titolari e da rendicontare con modalità analoghe a quelle previste in via generale per l'utilizzo di fondi pubblici.

Il secondo passaggio riguarda una riforma complessiva del trattamento economico all'estero, nel quadro delle linee programmatiche tracciate in Parlamento dal Ministro Mogherini: maggiore trasparenza e « leggibilità » del sistema rispetto a quello attuale, la cui natura onnicomprensiva presta il fianco a equivoci e strumentalizzazioni, specie in un'ottica comparata con i sistemi adottati dai nostri principali partners europei.

In particolare, l'ipotesi di lavoro allo studio prevede:

1) mantenimento delle principali componenti dello stipendio metropolitano per i dipendenti in servizio all'estero. Attualmente infatti il personale del MAE subisce una forte decurtazione dello stipendio al momento in cui viene trasferito all'estero;

2) attribuzione di un « post adjustment », di natura forfettaria, parametrata sul costo della vita nella sede di servizio;

3) chiara individuazione della specifica componente del trattamento economico collegata a tre fattori di disagio derivanti dalla permanenza all'estero: distanza da Roma, profili di sicurezza, rischi per la salute. Lo scopo è anche quello di garantire un adeguato incentivo al trasferimento verso le sedi più difficili;

4) individuazione di una nuova componente parametrata sui costi derivanti dalla necessità di alloggi decorosi e sicuri per i dipendenti e le loro famiglie, nelle sedi in cui l'amministrazione non fornisca ai dipendenti un alloggio;

5) revisione delle maggiorazioni per le situazioni di famiglia, ispirata in particolare all'esigenza di far fronte agli elevati costi delle scuole all'estero.

Nell'elaborare questo progetto, ci siamo ispirati ai modelli dei servizi diplomatici occidentali. Una trasposizione pura e semplice di questi modelli (che prevedono generalmente il rimborso a piè di lista di tutti i costi sostenuti dal personale al-

l'estero) presenterebbe costi per l'Erario ben superiori rispetto all'attuale sistema sia dal punto di vista dell'esborso finanziario che dei costi di gestione.

Per portare a compimento questa revisione occorre intervenire con una norma

di livello legislativo sul decreto del Presidente della Repubblica 18 del 1967; auspichiamo pertanto una stretta collaborazione con il Parlamento che avrà il compito di esaminare le proposte e di approvare la riforma.

## ALLEGATO 5

**5-02928 Scotti: Sull'assassinio in Ucraina del fotoreporter Andrea Rocchelli e di Andrey Mironov.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Desidero innanzitutto assicurare che il Governo italiano continuerà con il massimo impegno a chiedere una ricostruzione completa delle vicende che hanno portato alla morte del foto-giornalista italiano Andrea Rocchelli e del collega russo Andrej Mironov lo scorso 24 maggio a Slaviansk, in Ucraina orientale.

Appresa la notizia della scomparsa del connazionale Rocchelli e di Mironov, sono stati immediatamente attivati tutti i canali diplomatici perché fosse vagliato ogni elemento utile a chiarire la dinamica degli eventi e l'accertamento delle responsabilità. Pur in un quadro di sicurezza assai precario, sono state esercitate costanti pressioni a tutti i livelli, perché fossero immediatamente avviate indagini efficaci.

Fin dalla sera del 24 maggio, attraverso il nostro Ambasciatore a Kiev, abbiamo interessato gli organi inquirenti e le Autorità politiche.

Il Ministro Mogherini ha subito contattato telefonicamente il Ministro degli esteri ucraino Deshchysia, ottenendo la piena collaborazione di Kiev affinché le indagini siano condotte con professionalità e tempestivamente. Al contempo, la Ministro Mogherini ha anche ottenuto l'interessamento del Ministro degli Esteri russo Lavrov (che l'ha chiamata personalmente). Il contesto nel quale si è verificato l'incidente è infatti ancora caratterizzato dalla presenza di gruppi sui quali Mosca può esercitare forza persuasiva e che possono,

ove opportunamente sensibilizzati, offrire validi contributi alla ricostruzione dell'accaduto.

Dai primi accertamenti risulterebbe comunque che il connazionale Andrea Rocchelli e il cittadino russo Mironov si siano trovati al centro di scontri tra fazioni opposte di governativi e di milizie di « separatisti » e che di conseguenza risulti quanto mai difficile ricondurre l'omicidio ad un preciso ed univoco responsabile. Al contempo, le prime informazioni relative al reperimento di schegge di mortaio nei corpi dei due giornalisti uccisi confermerebbe il loro decesso durante un attacco contrapposto di significative dimensioni. Non sembrerebbe dunque prevalente la volontà di colpire i due malcapitati operatori.

A fronte di tali parziali e non pienamente confermati elementi di ricostruzione, in un contesto che permane delicato, difficile e caratterizzato da scontri anche violenti, il Governo non mancherà di cogliere ogni occasione di incontro bilaterale con Kiev ad adeguato livello per sollecitare con forza risposte chiare e convincenti da parte degli inquirenti. La libertà di espressione e la sicurezza degli operatori dell'informazione costituiscono fondamenti della maturità civile e democratica di un Paese. Non possiamo e non vogliamo abdicare alla loro violazione ed è per questo che la morte di un giornalista appare ai nostri occhi odiosa e da condannare senza riserve.

Il tragico incidente nel quale il connazionale Rocchelli è rimasto vittima

convince ancora di più della necessità di non risparmiare sforzi per una soluzione del conflitto che lacera l'Ucraina, fondata sul dialogo, sulla mediazione e sul rispetto di diritti ed aspirazioni delle minoranze. Il Governo lo sta facendo con

determinazione anche nei fori multilaterali dei quali siamo parte, a partire dall'Unione Europea e dal G7, che oggi si riunisce a Bruxelles e che dedicherà una sessione proprio alla situazione in Ucraina.

## IV COMMISSIONE PERMANENTE

(Difesa)

### S O M M A R I O

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014 .....	153
<i>ALLEGATO (Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014) .....</i>	155

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva in materia di servitù militari.	
Audizione di rappresentanti della Regione Friuli Venezia Giulia ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	153

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Elio VITO.*

**La seduta comincia alle 13.50.**

**Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014.**

Elio VITO, *presidente*, segnala che è pervenuta la richiesta affinché della seduta sia data pubblicità mediante l'attivazione degli impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone, pertanto, l'attivazione.

Svolge quindi brevi considerazioni sulla missione svolta, nei termini di cui in allegato (*vedi allegato*).

**La seduta termina alle 13.55.**

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Elio VITO.*

**La seduta comincia alle 14.**

**Indagine conoscitiva in materia di servitù militari.**

**Audizione di rappresentanti della Regione Friuli Venezia Giulia.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Elio VITO, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Introduce, quindi, l'audizione.

Mariagrazia SANTORO, Assessore alle infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale, lavori pubblici e università, svolge una relazione sui temi oggetto dell'indagine.

Intervengono, quindi, per porre quesiti e formulare osservazioni, Giorgio ZANIN (PD) e, a più riprese, Massimo ARTINI (M5S), cui replica Mariagrazia SANTORO, Assessore alle infrastrutture, mobilità, pia-

nificazione territoriale, lavori pubblici e università.

Elio VITO, presidente, ringrazia gli intervenuti e dichiara conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 14.30.**

---

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

ALLEGATO

**Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014.**

Una delegazione della Commissione difesa – guidata dal presidente Elio Vito e di cui hanno fatto parte i vicepresidenti onorevoli Rosa Maria Villecco Calipari e Massimo Artini (M5S), e gli onorevoli Gianluca Rizzo (M5S), Marco Marcolin (LNA) e Mauro Ottobre (Misto) – si è recata il 15 maggio 2014 in visita presso il Comando Generale dell'Arma dei carabinieri.

La missione ha avuto per finalità quella di consolidare la visita della Commissione quale prassi di ogni legislatura, a maggior ragione in relazione alle celebrazioni indette per il Bicentenario dalla Fondazione dell'Arma, e di approfondire le tematiche di maggiore rilevanza per l'Arma, alla luce delle più recenti evoluzioni normative, del processo in atto di revisione della spesa pubblica e dell'impegno nell'ambito delle missioni internazionali.

La visita è stata introdotta dal Comandante Generale, generale di corpo d'armata Leonardo Gallitelli, che ha svolto un'approfondita panoramica sulla struttura ordinativa, sui livelli di forza, sull'impegno operativo, sul bilancio, sui provvedimenti di razionalizzazione e sulle problematiche del personale.

Ad avvio di tale sessione introduttiva, il generale Gallitelli ha posto l'accento sul fatto che lo *status* militare dell'Arma dei carabinieri rappresenta una cifra distintiva ed un irrinunciabile fattore di crescita. Ha descritto le specifiche competenze attribuite al Comandante Generale, che assorbe in sé le funzioni che presso le altre Forze armate sono assolve dal Capo di Stato Maggiore e dal Segretario Generale-Direttore generale per gli armamenti. Il Comando Generale sovrintende, in sintesi, a tutte le attività di carattere amministrativo ed operativo, riguardanti le singole unità di personale. Quanto al numero

complessivo di tali unità, pari a circa 908, il Comandante Generale ha rappresentato che tale cifra è il portato di una razionalizzazione che ha comportato una riduzione pari al 20 per cento e che è in corso un processo di riduzione dei costi amministrativi di gestione del personale attraverso l'adozione di misure specifiche.

Passando alla disamina sulle organizzazioni funzionali, il generale Gallitelli ha approfondito il tema dell'addestramento e delle scuole militari, della relativa consistenza, capacità alloggiativa e prospettive future. Soffermandosi, in particolare, sull'Istituto Superiore Tecniche Investigative, ha evidenziato come il livello di eccellenza in tale campo rappresenti un modello assai stimato all'estero e sia essenziale considerata la presenza « molecolare » dell'Arma sul territorio.

Sul versante dell'organizzazione territoriale, ha riferito il dato relativo alle 4.590 stazioni, che registra la diminuzione di 70 unità. A tale tendenza riduttiva, ha riferito Gallitelli, s'intende porre un freno, considerato che la presenza capillare sul territorio nazionale costituisce la cifra distintiva dell'Arma come rivela la rilevanza della figura del « maresciallo dei carabinieri » nella nostra tradizione iconografica, nella nostra storia ed identità nazionale: i carabinieri rappresentano lo Stato sul territorio, oltre a presiedere all'ordine pubblico e alla sicurezza, come rivela il dato secondo cui per il 57 per cento degli italiani essi rappresentano sostanzialmente l'unico presidio di polizia.

Il Generale Gallitelli ha prospettato la possibilità che sia riconsiderato l'attuale assetto organizzativo territoriale ma nella consapevolezza della sua funzionalità ai fini della trasmissione del vincolo di disciplina e della necessità che esso corri-

sponda a parametri di mobilità e di specialità. Ha descritto le strutture investigative di eccellenza (ROS e RIS), segnalando in particolare per il RIS gli attestati ricevuti a livello internazionale.

Dopo un *excursus* sui comandi dedicati all'organizzazione speciale (tutela del lavoro, della salute, dell'ambiente, del patrimonio culturale, per le politiche agricole e alimentari, di antifalsificazione monetaria) ha trattato l'organizzazione mobile e i reparti per esigenze speciali in ambito interforze. Nel fare presente che, ad oggi, 347 unità di personale si trovano all'estero (provenienti soprattutto dalla 1° brigata mobile), ha distinto tra le 191 unità operanti in ambito Difesa e le 1.032 unità in ambito Interni. Tenendo conto che la forza prevista dalle legge vigenti prevede circa 118.000 unità, la forza effettiva ad oggi si attesta su circa 105.000, con un differenziale di circa 13.000, legato al processo di razionalizzazione. Inoltre, a fronte di quasi 106.500 posti di impiego costituiti, la forza operativa effettiva si attesta su circa 102.400 unità, con un differenziale negativo di -4.050 posti, che rappresenta un *gap* superiore a quello riscontrabile nelle altre Forze armate grazie al processo di razionalizzazione già avviato.

Dato il blocco parziale del *turn over*, entro il 2016 si registrerà un ulteriore drastico calo della forza operativa, pari a 18.249 unità, che sarà aggravato dal fenomeno dell'invecchiamento del personale (nel 2021 l'età media è prevista attestarsi sui 45 anni). Quanto all'arruolamento femminile, dopo l'impennata del 2000, oggi la cifra è pari a 1.725 unità, distribuite nei vari livelli della carriera.

Il generale Gallitelli ha illustrato, poi, i dati relativi all'azione di contrasto, che conferma la centralità del ruolo dell'Arma, e soprattutto delle singole stazioni, nella valutazione delle cifre complessive, relative alle denunce (72 per cento) e agli arresti (60 per cento).

Passando al tema delle missioni all'estero, i 347 Carabinieri sono presenti in misura maggiore soprattutto in Kosovo e in Afghanistan e, ovunque siano impiegati,

svolgono attività soprattutto nel campo dell'addestramento delle polizie straniere (soprattutto in Palestina, Libia e Gibuti). Sempre all'estero, sono 472 i Carabinieri che operano presso le rappresentanze diplomatiche, di cui 183 in sedi dichiarate « a rischio » (132 a rischio alto, come in Libano, Iraq, Afghanistan, Libia e Libia).

Quanto all'impatto dell'Arma sul bilancio del Ministero della Difesa, il generale Gallitelli ha evidenziato che le spese per il funzionamento incidono per oltre 277 milioni di euro e che l'incidenza è per il 94 per cento per il personale, per il 4,17 per cento per l'esercizio e per lo 0,84 per cento per l'investimento. A fronte di una riduzione graduale delle spese di personale (tra il 2010 e il 2014 con un delta pari al -4 per cento) e di funzionamento, i consumi intermedi sono stati ridotti del 68 per cento tra il 2008 e il 2014. Le criticità risiedono nel settore « investimenti », con particolare riferimento all'esigenza di rinnovare il parco veicoli, per cui sarebbero necessari 70 milioni di euro. Nel settore esercizio il fabbisogno per il 2014 sarebbe di 91 milioni, assorbiti per più della metà dalle spese per carburante. Anche i costi assicurativi annui per RCA richiederebbero 15 milioni aggiuntivi.

Sempre in tema di criticità finanziarie, il generale Gallitelli ha svolto una panoramica sul settore infrastrutturale: gestione delle caserme, oneri di locazione, programmi di razionalizzazione, da cui ci si attendono risparmi pari a 35 milioni di euro per il 2016, derivanti da tagli dei canoni locativi, dal trasferimento di reparti in strutture demaniali/confiscate e dalla rinegoziazione degli affitti. Si sta procedendo al riordino dei servizi aereo e navale, con riduzione di reparti di volo (elicotteri) e di siti navali e chiusura di servizi subacquei e cinofili.

Quanto al recupero degli organici, si prevede un recupero di 10.748 unità mediante maggiori provvedimenti riorganizzativi. Sarà ridotto il parco veicoli da 34 a 24 mila unità e sarà introdotto un sistema uniforme di controllo sui consumi, anche grazie alla centralizzazione degli acquisti mediante la CONSIP.

Conclusivamente, il generale Gallitelli ha indicato gli obiettivi strategici dell'Arma nell'accrescimento della qualità della formazione; nel potenziamento della capacità investigativa; infine, nel potenziamento tecnologico della componente operativa. Ha riferito il dato relativo ai 16 carabinieri caduti e ai 904 feriti gravi registrati tra il 2008 e l'aprile del 2014, richiamando la difficile condizione di lavoro, specifica dei Carabinieri, e che si caratterizza per l'impiego in aree disagiate, per l'elevata mobilità, per la natura usurante del lavoro svolto e per i rischi di incolumità personale. Rispetto a tale condizione ha indicato, infine, le aspettative che nutre l'Arma, non ulteriormente rinviabili se non si vuole demotivare gravemente il personale: la rimozione del blocco stipendiale, l'introduzione di un sistema di previdenza complementare e il riordino dei ruoli e delle carriere (non sono, ad esempio, più sostenibili le promozioni cosiddette « bianche », cioè senza remunerazione), sottolineando che la Funzione sicurezza va assolta con competenza, la quale a sua volta non può andar disgiunta dall'osservanza di un rigoroso codice etico.

L'intervento successivo del presidente Vito ha posto l'accento sulle preoccupazioni manifestate dall'Arma, anche attraverso gli organi della sua rappresentanza, nei primi mesi dell'anno, e che hanno subito riscosso la massima attenzione da parte delle forze politiche, derivanti dagli annunci apparsi sui mezzi di informazione sulla volontà del Governo di dare avvio ad un nuovo severo percorso riorganizzativo, dettato da ragioni di *spending review* e finalizzato a definire una razionalizzazione tra Arma dei carabinieri e altre forze dell'ordine ad ordinamento civile. Al riguardo, ha sottolineato che nel nostro Paese la presenza di diverse Forze di polizia, ad ordinamento civile e militare, rappresenta un dato insopprimibile, che conferma la necessità per l'Italia di grandi

forze a competenza generale, che assicurano un presidio prezioso e che godono del pieno sostegno da parte delle istituzioni, delle forze politiche e da parte della grande opinione pubblica. Ha sottolineato che, se sarà poi possibile individuare modalità per incrementare ulteriormente l'efficienza, il coordinamento o la messa in comune di beni e servizi, ciò non potrà avvenire a detrimento di motivazione e abnegazione o con modalità anche comunicative che possano screditare l'Arma o alimentare diffidenza e aggressività, a tutto vantaggio delle aree di illegalità e di violenza. Ha ricordato, poi, i 26 militari dell'Arma caduti in operazione di pace all'estero e nei cui confronti il nostro Paese ha un inestinguibile debito di riconoscenza, e ciò anche in relazione alle celebrazioni per la Festa della Repubblica e per il 5 giugno.

Anche i vicepresidenti Villecco Calipari e Artini hanno quindi svolto un breve intervento di saluto e di ringraziamento a nome della delegazione.

La visita è poi proseguita con un incontro con gli esponenti della rappresentanza militare, che hanno descritto l'impatto negativo sul personale derivante anche dall'applicazione di tagli indifferenziati agli assegni di funzione. Per descrivere l'impegno dell'Arma a garantire qualità costante nel servizio reso al Paese, hanno evidenziato come i Carabinieri si siano fatti carico del servizio europeo, relativo al numero « 112 », senza ricorrere ad unità di personale aggiuntive. In generale, hanno evidenziato come i temi richiamati anche dal generale Gallitelli, con riferimento alle aspettative connesse allo *status* giuridico ed economico, siano particolarmente avvertiti dai carabinieri più giovani e ad inizio carriera, che percepiscono il disagio maggiore derivante dalla mobilità e dai rischi ambientali. Si rende necessario, pertanto, procedere ad una revisione delle forme più gravi di disagio economico.

## V COMMISSIONE PERMANENTE

### (Bilancio, tesoro e programmazione)

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

##### SEDE CONSULTIVA:

Sui lavori della Commissione .....	159
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Sud Africa in materia di cooperazione di polizia, fatto a Cape Town il 17 aprile 2012. C. 2081-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	159
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri dell'Unione europea, riuniti in sede di Consiglio, relativo al finanziamento degli aiuti dell'Unione europea forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP-UE e all'assegnazione di assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltremare cui si applicano le disposizioni della parte quarta del trattato sul funzionamento dell'UE, fatto a Lussemburgo il 24 giugno 2013. C. 2083-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	159
Ratifica ed esecuzione dello scambio di Note tra la Repubblica italiana e l'Istituto internazionale per l'unificazione del diritto privato (UNIDROIT) modificativo dell'articolo 1 dell'Accordo di sede tra l'Italia e l'UNIDROIT del 20 luglio 1967, come emendato con scambio di Note del 5-9 giugno 1995, fatto a Roma il 21 dicembre 2012. C. 2099-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	160
<b>INTERROGAZIONI:</b>	
5-02794 Pisano: Sui criteri per la definizione del prezzo di collocamento dei titoli di Stato ....	161
<i>ALLEGATO (Testo della risposta)</i> .....	168
<b>SEDE CONSULTIVA:</b>	
DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	161
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012. C. 2275 Governo, approvato dal Senato (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	161
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Baliato di Guernsey sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 5 settembre 2012. C. 2087 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	162
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo dell'Isola di Man sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 16 settembre 2013. C. 2088 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	164
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra la Repubblica italiana e Gibilterra per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 2 ottobre 2012. C. 2089 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	165

## DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/33/UE che modifica la direttiva 1999/32/CE, relativa al tenore di zolfo dei combustibili per uso marittimo. Atto n. 94 (Rilievi alla VIII Commissione) ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e conclusione – Valutazione favorevole</i> ) .....	166
Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 202/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE. Atto n. 90 (Rilievi alla X Commissione) ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e rinvio</i> ) .....	166
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	167

## SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco BOCCIA. — Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Enrico Zanetti.*

**La seduta comincia alle 9.10.****Sui lavori della Commissione.**

Francesco BOCCIA, *presidente*, avverte che la Commissione non procederà all'esame dei disegni di legge di ratifica nn. 2082-A, 2085-A e 2080-A, già iscritti all'ordine del giorno della seduta odierna, avendo già espresso il parere di competenza sui relativi testi, che non sono stati modificati dalla Commissione di merito in sede referente. Fa presente altresì che sui predetti provvedimenti non sono state presentate in Assemblea proposte emendative.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Sud Africa in materia di cooperazione di polizia, fatto a Cape Town il 17 aprile 2012.**

**C. 2081-A Governo.**

(Parere all'Assemblea).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Cinzia Maria FONTANA (PD), *relatore*, fa presente che il provvedimento, recante ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il

Governo della Repubblica del Sud Africa in materia di cooperazione di polizia, fatto a Cape Town il 17 aprile 2012, è stato già esaminato dalla Commissione bilancio nella seduta del 22 aprile 2014. Ricorda che, in tale occasione, la stessa Commissione ha espresso parere favorevole con condizioni volte a garantire il rispetto dell'articolo 81 della Costituzione.

Segnala che, nella seduta del 7 maggio scorso, la Commissione di merito ha concluso l'esame in sede referente del provvedimento, approvando alcune modifiche volte a recepire le condizioni formulate dalla Commissione bilancio. Avverte che la Commissione è ora chiamata a esprimere parere all'Assemblea sul testo del provvedimento, come modificato dalla Commissione affari esteri. Nel rilevare che il provvedimento non appare presentare profili problematici sul piano finanziario, propone pertanto di esprimere sullo stesso parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri dell'Unione europea, riuniti in sede di Consiglio, relativo al finanziamento degli aiuti dell'Unione europea forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP-UE e all'assegnazione di assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltre-**

mare cui si applicano le disposizioni della parte quarta del trattato sul funzionamento dell'UE, fatto a Lussemburgo il 24 giugno 2013.

**C. 2083-A Governo.**

(Parere all'Assemblea).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Fulvio BONAVIDACOLA (PD), *relatore*, segnala che il provvedimento, recante ratifica ed esecuzione dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri dell'Unione europea, riuniti in sede di Consiglio, relativo al finanziamento degli aiuti dell'Unione europea forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP-UE e all'assegnazione di assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltremare cui si applicano le disposizioni della parte quarta del trattato sul funzionamento dell'UE, fatto a Lussemburgo il 24 giugno 2013, è stato già esaminato, da ultimo, dalla Commissione bilancio nella seduta del 12 maggio 2014. Ricorda che, in tale occasione, la Commissione ha espresso parere favorevole.

Fa presente che, nella seduta del 28 maggio scorso, la Commissione di merito ha concluso l'esame in sede referente del provvedimento, approvando una modifica di carattere formale relativa al titolo dello stesso. Avverte che la Commissione è ora chiamata a esprimere parere all'Assemblea sul testo del provvedimento, come modificato dalla Commissione affari esteri. Nel rilevare che il provvedimento non appare presentare profili problematici sul piano finanziario, propone pertanto di confermare sullo stesso parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Ratifica ed esecuzione dello scambio di Note tra la Repubblica italiana e l'Istituto internazionale per l'unificazione del diritto privato (UNIDROIT) modificativo dell'articolo 1 dell'Accordo di sede tra l'Italia e l'UNIDROIT del 20 luglio 1967, come emendato con scambio di Note del 5-9 giugno 1995, fatto a Roma il 21 dicembre 2012.**

**C. 2099-A Governo.**

(Parere all'Assemblea).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Giampiero GIULIETTI (PD), *relatore*, osserva che il provvedimento, recante ratifica ed esecuzione dello scambio di Note tra la Repubblica italiana e l'Istituto internazionale per l'unificazione del diritto privato (UNIDROIT) modificativo dell'articolo 1 dell'Accordo di sede tra l'Italia e l'UNIDROIT del 20 luglio 1967, come emendato con scambio di Note del 5-9 giugno 1995, fatto a Roma il 21 dicembre 2012, è stato, da ultimo, esaminato dalla Commissione bilancio nella seduta del 24 aprile 2014. Ricorda che, in tale occasione, la Commissione ha espresso parere favorevole con una condizione, volta a garantire il rispetto dell'articolo 81 della Costituzione.

Fa presente che, nella seduta del 7 maggio scorso, la Commissione di merito ha concluso l'esame in sede referente del provvedimento, approvando una modifica volta a recepire la condizione formulata dalla Commissione bilancio. Avverte che la Commissione è ora chiamata a esprimere parere all'Assemblea sul testo del provvedimento, come modificato dalla Commissione affari esteri. Nel rilevare che il provvedimento non appare presentare profili problematici sul piano finanziario, propone pertanto di esprimere sullo stesso parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**La seduta termina alle 9.20.**

**INTERROGAZIONI**

Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco BOCCIA. — Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Enrico Zanetti.

**La seduta comincia alle 13.30.**

**5-02794 Pisano: Sui criteri per la definizione del prezzo di collocamento dei titoli di Stato.**

Il sottosegretario Enrico ZANETTI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato*).

Girolamo PISANO (M5S), replicando, dichiara di prendere atto della risposta, a suo avviso, « difensiva » del rappresentante del Governo, nella quale si analizzano le diverse tipologie di asta per collocare i titoli di Stato al fine di comprendere se la tipologia adottata in Italia sia la più conveniente per l'erario. Al riguardo, osserva che, diversamente da quanto indicato nella risposta, è ipotizzabile che l'utilizzo del sistema del prezzo marginale possa comportare per lo Stato minori entrate rispetto a quello del prezzo medio ponderato.

Riservandosi di valutare con maggiore attenzione quanto riportato nella risposta fornita dal rappresentante del Governo, che ringrazia, lamenta la mancata indicazione della serie storica delle quantità e dei prezzi dei titoli collocati con le due differenti tipologie di asta (competitiva e marginale), che era stata richiesta nell'interrogazione.

Conclude anticipando che, in esito al preannunciato approfondimento, potrebbero essere chiesti ulteriori chiarimenti o presentata un'apposita risoluzione.

Francesco BOCCIA, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 13.35.**

**SEDE CONSULTIVA**

Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco BOCCIA. — Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Enrico Zanetti.

**La seduta comincia alle 13.35.**

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali.**

**C. 2365 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

(*Seguito dell'esame e rinvio*).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 29 maggio 2014.

Francesco BOCCIA, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta il relatore aveva chiesto al rappresentante del Governo alcuni chiarimenti in relazione al provvedimento in esame.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI, evidenziando che gli approfondimenti istruttori sulle questioni evidenziate dal relatore non sono stati completati, chiede di disporre di tempo ulteriore allo scopo di fornire una risposta esaustiva.

Francesco BOCCIA, *presidente*, non essendovi obiezioni, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012.**

**C. 2275 Governo, approvato dal Senato.**

(Parere alla III Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Francesco BOCCIA, *presidente*, in sostituzione del relatore, fa presente che il disegno di legge in esame, già approvato dal Senato, autorizza la ratifica e l'esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di vacanze-lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012.

Ricorda che l'Accordo reca disposizioni volte a facilitare ed agevolare – in favore dei giovani cittadini dei due Paesi – le procedure amministrative che si applicano all'ingresso ed al soggiorno per lunghi periodi di vacanza. In particolare vengono stabiliti i requisiti indispensabili per il rilascio dei visti d'ingresso da parte dei due Paesi.

Segnala che l'articolo 1 specifica requisiti e condizioni per il rilascio di visti vacanze-lavoro, a favore di cittadini coreani. Tali permessi avranno validità di dodici mesi, consentiranno ingressi multipli e non prevederanno la presenza di familiari al seguito. Gli interessati dovranno dimostrare di disporre delle risorse finanziarie necessarie per mantenersi durante il soggiorno in Italia e per il viaggio. Dovranno inoltre avere una copertura assicurativa sanitaria per tutta la durata del soggiorno che includa la copertura globale delle spese ospedaliere. Rileva che la norma stabilisce in cinquecento unità il contingente annuale dei visti per vacanze lavoro in Italia. Viene infine previsto che i cittadini coreani muniti del visto-vacanze possano svolgere attività lavorativa (per non oltre sei mesi con lo stesso datore di lavoro) e che ad essi si applicherà la legislazione italiana in materia di lavoro e di previdenza sociale, nonché in materia di soggiorno (con la precisazione che il relativo permesso non è estendibile né convertibile).

Rileva poi che l'articolo 2 sancisce gli stessi requisiti, condizioni e principi di cui all'articolo 1, ma riferiti ai cittadini italiani che intendano recarsi in Corea.

Fa inoltre presente che l'articolo 3 prevede la promozione dell'Accordo presso le organizzazioni giovanili e culturali, che saranno incoraggiate a fornire adeguata assistenza ai beneficiari, e che gli articoli

da 4 a 8 disciplinano le condizioni di validità dell'Accordo, la sua entrata in vigore, l'emendabilità, l'eventuale denuncia dell'Accordo e le modalità per la risoluzione delle controversie in ordine alla sua applicazione.

Segnalando infine che il provvedimento è corredato di relazione tecnica, secondo la quale dal provvedimento stesso non discendono nuovi o maggiori oneri a carico dello Stato, in quanto l'Accordo non contempla la possibilità che i visti rilasciati in forza della sua attuazione siano gratuiti, dichiara di non avere nulla da osservare sul piano finanziario e propone pertanto di esprimere parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Baliao di Guernsey sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 5 settembre 2012.**

**C. 2087 Governo.**

(Parere alla III Commissione).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Francesco BOCCIA, *presidente*, in sostituzione del relatore, fa presente che il disegno di legge in esame autorizza la ratifica e l'esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Baliao di Guernsey per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 5 settembre 2012.

Segnala, al riguardo, quanto segue:

gli articoli da 1 a 5 e gli articoli 7 e 8 del disegno di legge individuano l'ambito e le modalità di applicazione dell'Accordo. Per l'Italia, le informazioni che possono essere richieste riguardano l'accertamento e la riscossione dell'IRPEF, dell'IRES, del-

l'IRAP, dell'IVA, dell'imposta sulle successioni, dell'imposta sulle donazioni e delle imposte sostitutive. L'articolo 5 prevede, in particolare, che nell'ambito dello scambio di informazioni siano superati i limiti del segreto bancario;

l'articolo 6 regola la possibilità, per ciascuna Parte contraente, di consentire ai rappresentanti dell'altra Parte di effettuare attività di verifica fiscale nel proprio territorio;

l'articolo 9 dispone che i costi ordinari per l'assistenza siano a carico della Parte interpellata, mentre i costi straordinari devono essere sostenuti dalla Parte richiedente;

gli articoli da 10 a 13 regolano l'esecuzione dell'Accordo negli ordinamenti interni, la sua entrata in vigore ed eventuale cessazione, nonché le procedure per la risoluzione delle controversie relative all'interpretazione dell'Accordo.

Osserva che la relazione tecnica afferma che dall'Accordo dovrebbero discendere effetti positivi nel campo della lotta all'elusione e all'evasione fiscale.

Rileva che lo scambio di informazioni previsto dall'articolo 5 è finalizzato a rendere più efficace l'attività di accertamento espletata dall'amministrazione finanziaria, consentendo l'emersione di maggiore base imponibile e producendo quindi per l'erario italiano un potenziale recupero di gettito non quantificabile, e che le disposizioni di cui all'articolo 6, sotto il profilo strettamente riferito alla spesa, non comportano oneri aggiuntivi rispetto a quelli derivanti dallo svolgimento delle attività di accertamento programmate sulla base delle risorse disponibili.

Al riguardo osserva preliminarmente che, come evidenziato dalle relazioni allegare al testo del provvedimento, dall'Accordo in esame potrebbe derivare un incremento del gettito tributario collegato all'emersione di basi imponibili attualmente sottratte alla tassazione.

Ciò premesso, prende atto di quanto affermato dalla relazione tecnica circa la

disponibilità – a legislazione vigente – delle risorse necessarie per l'esecuzione delle verifiche fiscali all'estero previste dall'articolo 6.

Riguardo al possibile manifestarsi di costi straordinari per l'assistenza fiscale (articolo 9), osserva che nelle relazioni tecniche riferite ad analoghi Accordi sulla medesima materia viene affermato che la copertura dei relativi oneri sarebbe assicurata mediante l'approvazione di apposite disposizioni legislative. Poiché la relazione tecnica riferita all'Accordo in esame non contiene tale precisazione, ritiene che andrebbe confermato che anche nel caso in esame gli eventuali costi straordinari indicati dal testo troverebbero copertura con modalità analoghe a quelle previste dalle relazioni tecniche sopra richiamate.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI conferma che i costi straordinari per l'assistenza fiscale, di cui all'articolo 9 dell'Accordo, hanno natura eventuale e, qualora si dovessero verificare, troveranno copertura in un apposito provvedimento legislativo.

Francesco BOCCIA, *presidente*, in sostituzione del relatore, formula la seguente proposta di parere:

« La V Commissione,

esaminato il progetto di legge C. 2087 Governo, recante Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Baliao di Guernsey sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 5 settembre 2012;

preso atto dei chiarimenti forniti dal Governo, secondo il quale i costi straordinari per l'assistenza fiscale, di cui all'articolo 9 dell'Accordo, hanno natura eventuale e, qualora si dovessero verificare, troveranno copertura in un apposito provvedimento legislativo;

esprime

**PARERE FAVOREVOLE ».**

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo dell'Isola di Man sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 16 settembre 2013.**

**C. 2088 Governo.**

(Parere alla III Commissione).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Francesco BOCCIA, *presidente*, in sostituzione del relatore, ricorda che il disegno di legge in esame autorizza la ratifica e l'esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo dell'Isola di Man per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 16 settembre 2013.

Segnala, al riguardo, quanto segue:

gli articoli da 1 a 5 e gli articoli 7 e 8 individuano l'ambito e le modalità di applicazione dell'Accordo. Per l'Italia, le informazioni che possono essere richieste riguardano l'accertamento e la riscossione dell'IRPEF, dell'IRES, dell'IRAP, dell'IVA, dell'imposta sulle successioni, dell'imposta sulle donazioni e delle imposte sostitutive. L'articolo 5 prevede, in particolare, che nell'ambito dello scambio di informazioni siano superati i limiti del segreto bancario;

l'articolo 6 regola la possibilità, per ciascuna Parte contraente, di consentire ai rappresentanti dell'altra Parte di effettuare attività di verifica fiscale nel proprio territorio;

l'articolo 9 dispone che i costi ordinari per l'assistenza siano a carico della Parte interpellata, mentre i costi straordinari devono essere sostenuti dalla Parte richiedente;

gli articoli da 10 a 13 regolano l'esecuzione dell'Accordo negli ordinamenti interni, la sua entrata in vigore ed eventuale cessazione, nonché le procedure per la risoluzione delle controversie relative all'interpretazione dell'Accordo.

Rileva che la relazione tecnica afferma che dall'Accordo dovrebbero discendere effetti positivi nel campo della lotta all'evasione fiscale, producendo per l'erario italiano un'emersione di base imponibile e conseguentemente un potenziale recupero di gettito, peraltro non quantificabile.

Osserva altresì che le attività previste dall'articolo 6 rientrano nelle competenze attribuite agli uffici dell'Amministrazione fiscale e saranno svolte con le risorse disponibili a legislazione vigente e che, per quanto concerne i costi straordinari di cui all'articolo 9, gli stessi hanno natura meramente eventuale e, qualora dovessero verificarsi, vi si farà fronte con apposito provvedimento legislativo.

Al riguardo osserva preliminarmente che, come evidenziato dalle relazioni allegare al testo del provvedimento, dall'Accordo in esame potrebbe derivare un incremento del gettito tributario collegato all'emersione di basi imponibili attualmente sottratte alla tassazione.

Ciò premesso, prende atto di quanto affermato dalla relazione tecnica circa la disponibilità – a legislazione vigente – delle risorse necessarie per l'esecuzione delle verifiche fiscali all'estero previste dall'articolo 6.

Prende atto, altresì, del carattere eventuale e non prevedibile evidenziato dalla relazione tecnica con riferimento ai costi straordinari per l'assistenza fiscale, rispetto ai quali la stessa relazione tecnica afferma che l'emergere di tali oneri richiederà l'individuazione di un'autonoma copertura finanziaria mediante l'approvazione di apposite norme legislative.

In conclusione dichiara di non avere nulla da osservare sul piano finanziario e propone pertanto di esprimere parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra la Repubblica italiana e Gibilterra per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 2 ottobre 2012.**

**C. 2089 Governo.**

(Parere alla III Commissione).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Francesco BOCCIA, *presidente*, in sostituzione del relatore, fa presente che il disegno di legge in esame autorizza la ratifica e l'esecuzione dell'Accordo tra la Repubblica italiana e Gibilterra per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 2 ottobre 2012 e segnala quanto segue:

Segnala, al riguardo, quanto segue:

gli articoli da 1 a 5 e gli articoli 7 e 8 individuano l'ambito e le modalità di applicazione dell'Accordo. Per l'Italia, le informazioni da richiedere riguardano l'accertamento e la riscossione dell'IRPEF, dell'IRES, dell'IRAP, dell'IVA, dell'imposta sulle successioni, dell'imposta sulle donazioni e delle imposte sostitutive. L'articolo 5 prevede, in particolare, che nell'ambito dello scambio di informazioni siano superati i limiti del segreto bancario;

l'articolo 6 regolamenta la possibilità, per ciascuna Parte contraente, di consentire ai rappresentanti dell'altra Parte di effettuare attività di verifica fiscale nel proprio territorio;

l'articolo 9 dispone che i costi ordinari per l'assistenza siano a carico della Parte interpellata, mentre i costi straordinari devono essere sostenuti dalla Parte richiedente;

gli articoli da 10 a 13 regolano l'esecuzione dell'Accordo negli ordinamenti interni, la sua entrata in vigore ed eventuale cessazione, nonché le procedure per la risoluzione delle controversie relative all'interpretazione dell'Accordo.

Osserva che la relazione tecnica afferma che dall'Accordo dovrebbero discendere effetti positivi nel campo della lotta all'elusione e all'evasione fiscale, producendo per l'erario italiano un'emersione di base imponibile e conseguentemente un potenziale recupero di gettito, peraltro non quantificabile.

Osserva altresì che le attività previste dagli articoli 6 e 9 rientrano nelle competenze attribuite agli uffici dell'Amministrazione fiscale e saranno svolte con le risorse umane, tecniche e finanziarie esistenti a legislazione vigente e che, per quanto concerne i costi straordinari di cui all'articolo 9, gli stessi hanno natura meramente eventuale e, qualora dovessero verificarsi, vi si farà fronte con apposito provvedimento legislativo.

Al riguardo osserva preliminarmente che, come affermato dalle relazioni allegare al testo del provvedimento, dall'Accordo in esame potrebbe derivare un incremento del gettito tributario collegato all'emersione di basi imponibili attualmente sottratte alla tassazione.

Ciò premesso, prende atto di quanto affermato dalla relazione tecnica circa la disponibilità – a legislazione vigente – delle risorse necessarie per l'esecuzione delle verifiche fiscali all'estero previste dall'articolo 6.

Prende atto, altresì, del carattere eventuale e non prevedibile evidenziato dalla relazione tecnica con riferimento ai costi straordinari per l'assistenza fiscale, rispetto ai quali la stessa relazione tecnica afferma che l'emergere di tali oneri richiederà l'individuazione di un'autonoma copertura finanziaria mediante l'approvazione di apposite norme legislative.

In conclusione dichiara di non avere nulla da osservare sul piano finanziario e propone pertanto di esprimere parere favorevole.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**La seduta termina alle 13.45.**

**DELIBERAZIONE DI RILIEVI  
SU ATTI DEL GOVERNO**

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Francesco BOCCIA. — Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Enrico Zanetti.*

**La seduta comincia alle 13.45.**

**Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/33/UE che modifica la direttiva 1999/32/CE, relativa al tenore di zolfo dei combustibili per uso marittimo.**

**Atto n. 94.**

(Rilievi alla VIII Commissione).

*(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e conclusione – Valutazione favorevole).*

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto in oggetto, rinviato nella seduta del 29 maggio 2014.

Francesco BOCCIA, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta il relatore aveva chiesto al rappresentante del Governo alcuni chiarimenti.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI precisa che la procedura di determinazione delle tariffe prevista dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 205, è idonea a garantire l'effettiva ed integrale copertura dei costi connessi alle procedure di controllo disposte dal presente provvedimento.

Federico FAUTTILLI (PI), *relatore*, formula pertanto la seguente proposta di parere:

« La V Commissione Bilancio, tesoro e programmazione,

esaminato, per quanto di competenza, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del Regolamento, lo schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/33/UE che modifica la direttiva 1999/32/CE, relativa al tenore di zolfo dei combustibili per uso marittimo (atto n. 94);

preso atto dei chiarimenti forniti dal Governo, secondo il quale la procedura di determinazione delle tariffe prevista dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 205, è idonea a garantire l'effettiva ed integrale copertura dei costi connessi alle procedure di controllo disposte dal presente provvedimento,

**VALUTA FAVOREVOLMENTE**

lo schema di decreto legislativo ».

Il sottosegretario Enrico ZANETTI concorda con la proposta di parere formulata dal relatore.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 202/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE.**

**Atto n. 90.**

(Rilievi alla X Commissione).

*(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 29 maggio 2014.

Francesco BOCCIA, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta il relatore aveva chiesto al rappresentante del Governo alcuni chiarimenti.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI chiede di disporre di tempo ulteriore per effettuare i dovuti approfondimenti istruttori sulle questioni evidenziate dal relatore.

Francesco BOCCIA, *presidente*, preso atto della richiesta del rappresentante del

Governo, non essendovi obiezioni, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

**La seduta termina alle 13.50.**

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.50 alle 14.

ALLEGATO

**5-02794 Pisano: Sui criteri per la definizione del prezzo di collocamento dei titoli di Stato.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con l'interrogazione in Commissione n. 5-02794 l'On. Pisano ed altri chiedono di conoscere la serie storica delle quantità e prezzi delle aste – competitiva e marginale – tenute dal Tesoro dal 2008, con dettaglio delle singole offerte ricevute ed aggiudicate, evidenziando le eventuali minori entrate per lo Stato derivanti dall'uso dell'asta marginale anziché quella competitiva.

Al riguardo, si fa presente il Ministero dell'economia – Dipartimento del Tesoro offre i titoli a breve termine (BOT) con il sistema dell'asta competitiva, detta anche asta a prezzi multipli, a mezzo della quale ogni operatore assegnatario corrisponde il prezzo/rendimento dallo stesso offerto. È stabilito che alla clientela finale i BOT siano assegnati ad un unico prezzo, il prezzo medio ponderato, indipendentemente dal prezzo dovuto al Tesoro dall'intermediario; ciò garantisce l'uniformità di trattamento alla clientela utile al buon collocamento dei titoli stessi.

I titoli a medio-lungo termine sono, invece, offerti con il sistema dell'asta marginale, con il quale ogni operatore paga lo stesso prezzo, che corrisponde a quello a cui la domanda e l'offerta, quest'ultima fissata dal Tesoro all'interno di un intervallo annunciato tre giorni prima dell'asta, trovano equilibrio (*clearing price*).

Ormai da diversi anni, a seguito di una progressiva assimilazione, per tutti i titoli a medio-lungo termine il prezzo marginale non deriva in maniera automatica dal punto di equilibrio tra la scheda domanda dei partecipanti e un'offerta fissa prestabilita dal Tesoro, ma dalla decisione di quest'ultimo circa la quantità esatta da

collocare sul mercato anche al fine di garantire che il prezzo marginale dell'asta non si discosti significativamente dai valori espressi nel mercato secondario, obiettivo questo che in un contesto di crescente volatilità dei mercati difficilmente potrebbe essere conseguito offrendo un quantità fissa come avveniva prima dell'inizio della crisi finanziaria internazionale culminata con il fallimento della *Lehman Brothers* nel settembre del 2008.

Nell'interrogazione vengono citati i sistemi d'asta adottati da vari paesi; in particolare, ogni paese adotta il sistema d'asta a prezzo uniforme con proprie specificità (inclusi il Regno Unito e gli Stati Uniti). Trattasi di paesi con mercati delle obbligazioni molto sviluppati e quindi paragonabili a quello italiano che, a seguito anche all'elevata dimensione del debito pubblico, da molti anni rappresenta un riferimento internazionale per il segmento obbligazionario.

Prendendo in esame l'ultimo rapporto sul debito pubblico dei paesi dell'area OCSE («*OECD Sovereign Borrowing Outlook 2014*»), si evince una sostanziale parità tra i due sistemi d'asta per i titoli pubblici: dei 32 paesi che riportati nel rapporto OCSE, 21 adottano il sistema a prezzo singolo e 23 a prezzi multipli, con un terzo dei paesi circa che li impiega entrambi. Dallo stesso rapporto si desume che per fronteggiare la crisi quasi nessun paese è ricorso ad un cambiamento della metodologia d'asta e quei pochi che hanno anche scelto questa strategia, come Irlanda o Polonia, lo hanno fatto introducendo l'asta marginale in sostituzione di quella competitiva.

Peraltro, la letteratura teorica sul disegno ottimale delle aste (*optimal auction design*) giunge alla conclusione che l'identificazione di un sistema ottimale per il venditore è strettamente dipendente dalla tipologia del bene in offerta (divisibile o indivisibile, reale o finanziario, ecc.), dal grado di asimmetria informativa tra il venditore e gli acquirenti e tra gli acquirenti stessi, dal fatto se la vendita sia *una tantum* o un evento ripetuto, nonché da una serie di altri aspetti che caratterizzano la specificità di ogni singolo caso.

Esistono, tuttavia, alcuni risultati standard di questa letteratura, secondo cui per chi offre un bene divisibile in asta, il sistema dell'asta a prezzo uniforme, inteso come prezzo marginale, andrebbe preferito per i vantaggi che esso presenta rispetto al sistema dell'asta competitiva a prezzi multipli. Il motivo è basato sul fenomeno della « *winner's curse* », che si può tradurre come « maledizione del vincitore ». Il vincitore dell'asta può aver ragione di rammaricarsi di aver avuto successo in quanto ha probabilmente sopravvalutato il bene acquistato; per timore di ciò, può essere indotto a fare offerte a prezzi inferiori a quella che è la propria valutazione del bene. Tutti gli operatori partecipanti ad un'asta sono consapevoli di questo rischio e tenderanno a calibrare le proprie offerte al ribasso. Nell'asta a prezzi multipli, in cui ogni aggiudicatario paga il prezzo dallo stesso offerto, questo fenomeno si verifica in pieno, mentre nell'asta a prezzo uniforme si riduce significativamente.

In altri termini, la riflessione teorica suggerisce che i comportamenti dei partecipanti all'asta, in quanto agenti razionali, sono completamente endogeni rispetto alle regole dell'asta a cui si apprestano a partecipare. In questo senso, i partecipanti modificano le loro strategie in modo da minimizzare il costo dell'aggiudicazione e le regole dell'asta determinano le caratteristiche della loro funzione obiettivo (che non è altro che il costo da minimizzare).

Con riferimento specifico ai titoli di Stato, questa considerazione è stata alla

base della proposta del noto economista premio Nobel Milton Friedman per cui esistono dei chiari vantaggi ad adottare il prezzo uniforme al fine di indurre offerte più aggressive, ridurre l'eventualità di collusione tra gli operatori e quindi conseguire maggiori vantaggi per il Tesoro.

In proposito, si possono trovare verifiche empiriche, di comparazione tra i meccanismi dell'asta a prezzo uniforme rispetto a quella a prezzi multipli, alcune delle quali dimostrano la superiorità della prima per l'emittente (es. « *Uniform-Price Auctions: Update of the Treasury Experience* » di Malvey P.F. e Archibald CM per il Tesoro statunitense del 1998), altre non rilevano differenze significative e altre, infine, propendono per un giudizio inverso.

L'asta a prezzo uniforme si presenta congeniale per grandi e frequenti emittenti, come l'Italia e gli Stati Uniti, che vogliono creare le condizioni per una partecipazione il più possibile ampia e assidua da parte di una grande varietà di operatori, attenuando il disincentivo derivante dal rischio di offerte non ben calibrate, che può scoraggiare, in particolare, gli intermediari più piccoli e/o meno sofisticati.

Nel caso del Tesoro italiano, quindi, la scelta del sistema d'asta con prezzo uniforme per tutte le emissioni di titoli a medio lungo termine appare pienamente in linea con la pratica di molti altri paesi OCSE, inclusi quelli con mercati maggiormente avanzati, e con la riflessione teorica sviluppata sul tema. Peraltro, proprio la scelta di associare questa tipologia d'asta con i titoli a medio-lungo termine risulta essere pienamente coerente con la conclusione che la *winner's curse* è più significativa per beni la cui valutazione è più difficile, in quanto sono proprio i titoli a medio-lungo termine che, essendo caratterizzati da una maggiore volatilità, tendono a dare luogo ad una dispersione dei prezzi d'asta superiore a quella riscontrata per i titoli a breve termine e di conseguenza a maggiori rischi per gli operatori, rendendo quindi maggiormente efficiente l'asta marginale.

Per quanto riguarda il riferimento contenuto nell'interrogazione, ossia utilizzare a posteriori l'esito di un'asta per stimare quali sarebbero stati i risultati – e dunque gli impatti sul bilancio dello Stato – se si fosse applicata una diversa metodologia, si ritiene che tale ipotesi contraddice il fatto che il comportamento dei partecipanti si adatti alla metodologia d'asta proposta. Voler trarre delle conclusioni utilizzando dei dati che derivano dalla scelte dei partecipanti effettuate in base ad una determinata tipologia d'asta, per applicarli ad un'altra tipologia d'asta, risulta completamente fuorviante sia dal punto vista teorico che applicato.

Va, comunque, sottolineato come, a prescindere da riflessioni teoriche e analisi

empiriche relative ad altri paesi, l'attuale sistema d'asta abbia consentito al Tesoro, anche nelle fasi di maggiore tensione sui mercati, di finanziarsi a condizioni sempre sostanzialmente coerenti con i livelli espressi dal mercato secondario nella fase di chiusura dell'asta relativamente ai titoli oggetto del collocamento. Tuttavia, coerentemente con un approccio seguito su numerosi altri aspetti della gestione del debito pubblico, il Ministero dell'economia e delle finanze continuerà a monitorare l'evoluzione dei mercati anche al fine di verificare che le tipologie d'asta adottate continuino a garantire gli attuali standard di efficienza e ad intraprendere eventuali cambiamenti ove questi si rendano necessari.

## VI COMMISSIONE PERMANENTE

### (Finanze)

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

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	171
INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:	
5-02921 Sottanelli: Abrogazione dell'obbligo per i produttori agricoli sottoposti al regime speciale IVA di comunicare le operazioni rilevanti ai fini della medesima imposta .....	172
ALLEGATO 1 (Testo della risposta) .....	175
5-02922 Pesco: Rafforzamento delle attività di controllo tributario sui grandi contribuenti .	172
ALLEGATO 2 (Testo della risposta) .....	176
RISOLUZIONI:	
7-00236 Pagano: Uniformazione dell'aliquota IVA sulle piante agricole aromatiche ( <i>Discussione e rinvio</i> ) .....	173

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

L'Ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.30 alle 13.55.

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Daniele Capezzone. — Interviene il sottosegretario per l'economia e le finanze Enrico ZANETTI.*

**La seduta comincia alle 13.55.**

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità

delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI chiede di rinviare ulteriormente lo svolgimento dell'interrogazione n. 5-02886 Causi, al fine di definire una risposta più articolata all'atto di sindacato ispettivo, nonché di rinviare lo svolgimento dell'interrogazione n. 5-02923 Paglia, così da acquisire dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali gli elementi di informazione necessari per la risposta.

Marco CAUSI (PD) accede alla richiesta di ulteriore rinvio dello svolgimento della sua interrogazione n. 5-02886, ma ricorda che essa era già stata rinviata nella scorsa

settimana, impedendo pertanto al PD di avere risposta a atti di sindacato ispettivo per due settimane. Chiede quindi di fare in modo che per la prossima settimana il gruppo del PD possa svolgere due interrogazioni.

Giovanni PAGLIA (SEL) accoglie la richiesta di rinvio della sua interrogazione 5-02923, ma chiede che il Governo si impegni a darvi risposta nella prossima settimana, sottolineando come l'atto di sindacato ispettivo richieda da parte dell'Esecutivo una valutazione di carattere più politico che tecnico. Chiede quindi che anche il suo gruppo possa svolgere due interrogazioni nella prossima settimana.

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, in riferimento alle richieste avanzate dai deputati Causi e Paglia, ritiene che lo strumento procedurale per corrispondere all'esigenza segnalata sia trasformare le interrogazioni 5-02886 e 5-02923 in interrogazioni a risposta in Commissione, che potranno essere poste all'ordine del giorno della Commissione della prossima settimana, consentendo in tal modo ai gruppi del PD e di SEL di presentare per la medesima settimana una nuova interrogazione a risposta immediata ciascuno.

**5-02921 Sottanelli: Abrogazione dell'obbligo per i produttori agricoli sottoposti al regime speciale IVA di comunicare le operazioni rilevanti ai fini della medesima imposta.**

Giulio Cesare SOTTANELLI (SCpI) rinuncia a illustrare la propria interrogazione.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Giulio Cesare SOTTANELLI (SCpI), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta e auspica che il Governo, come prospettato dal Sottosegretario, nell'ambito dei decreti legislativi attuativi della delega fiscale di prossima adozione, as-

suma idonee iniziative volte a eliminare l'obbligo di comunicazione ai fini IVA attualmente a carico dei produttori agricoli ai quali si applica il regime IVA semplificato.

**5-02922 Pesco: Rafforzamento delle attività di controllo tributario sui grandi contribuenti.**

Dino ALBERTI (M5S) illustra l'interrogazione, di cui è cofirmatario, evidenziando come dai dati messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate emerga che, in proporzione al numero di accertamenti eseguiti nei confronti di grandi contribuenti, le maggiori imposte accertate siano di molto superiori rispetto a quelle derivanti da accertamenti condotti sulle altre categorie di contribuenti, avendo condotto, a seguito di circa 3.000 controlli, all'accertamento di maggiori imposte per ben 5.000 milioni di euro. Ricorda che l'Agenzia delle entrate fissa annualmente un determinato obiettivo di *budget* delle entrate da riscuotere, al cui raggiungimento concorrono indistintamente tutte le entrate per le diverse categorie di contribuenti.

In tale contesto, segnala quindi come l'atto di sindacato ispettivo sia volto a conoscere quali iniziative il Governo voglia adottare per intensificare e migliorare le attività di controllo sui grandi contribuenti e se ritenga opportuno assumere iniziative al fine di prevedere obiettivi di produzione distinti per ciascuna categoria di contribuenti.

Il sottosegretario Enrico ZANETTI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Dino ALBERTI (M5S) prende atto della risposta fornita dal sottosegretario.

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.05.**

**RISOLUZIONI**

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Daniele CAPEZZONE – Interviene il sottosegretario per l'economia e le finanze Enrico ZANETTI.*

**La seduta comincia alle 14.05.****7-00236 Pagano: Uniformazione dell'aliquota IVA sulle piante agricole aromatiche.**

*(Discussione e rinvio).*

La Commissione inizia la discussione della risoluzione.

Alessandro PAGANO (NCD) illustra il proprio atto di indirizzo, che affronta una questione già oggetto della risoluzione dell'Agenzia delle entrate del 27 gennaio 2006, n. 19, con la quale, rispondendo a un quesito posto da un'azienda agricola con cui si chiedeva di sapere quali aliquote IVA dovessero applicarsi alle cessioni di origano immesso sul mercato, previa essiccazione, in buste sigillate a rametti o sgranato e alle cessioni di una miscela di erbe aromatiche composte da salvia, rosmarino, alloro e timo.

Evidenzia come, a tale proposito, l'Agenzia delle entrate abbia affermato che l'origano immesso sul mercato previa essiccazione può essere qualificato analogamente a basilico, rosmarino e salvia, prodotti freschi destinati all'alimentazione e assoggettato, pertanto, all'aliquota IVA « super ridotta » del 4 per cento, ai sensi del numero 12-bis) della Tabella A, parte II, allegata al decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del 1972, mentre per la miscela di erbe aromatiche, dovendosi far rientrare tale bene nella voce « spezie », si deve applicare l'aliquota IVA ridotta del 10 per cento, ai sensi del n. 25 della tabella A, parte III, allegata al predetto decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del 1972.

In tale contesto ricorda che, successivamente, la stessa Agenzia delle entrate,

nuovamente interpellata sulla questione, con risoluzione del 27 gennaio 2006 n. 19/E, ha rivisto la sua precedente posizione, affermando che, ai fini dell'applicazione dell'aliquota IVA ridotta del 4 per cento, il numero 12-bis) della Tabella A, parte II, allegata al decreto del Presidente della Repubblica n. 633, debba intendersi nel senso che solo alle cessioni di « basilico, rosmarino e salvia, freschi destinati all'alimentazione sia applicabile l'aliquota IVA del 4 per cento ».

Sul punto l'Agenzia, pur convenendo che « da un punto di vista tecnico-mercologico, appartiene alla stessa voce doganale del basilico, rosmarino e salvia », ha sostenuto che, non essendo l'origano letteralmente menzionato dal legislatore al citato numero 12-bis) della Tabella A, alle cessioni di origano, immesso sul mercato in buste sigillate a rametti o sgranato, si deve applicare l'aliquota IVA ordinaria.

Rammenta altresì che la questione è stata oggetto della sua interrogazione a risposta immediata in Commissione n. 5-01863, svolta il 22 gennaio 2014 presso la Commissione finanze, in risposta alla quale il rappresentante del Governo si è sostanzialmente rimesso alle valutazioni dell'Agenzia delle entrate, la quale ha assunto una posizione fortemente restrittiva sulla questione.

Al riguardo sottolinea come, sebbene tale interpretazione sarebbe giustificata, ad avviso dell'Agenzia delle entrate, dalla tassatività dei beni indicati nella predetta Tabella A del decreto del Presidente della Repubblica n. 633, nonché dal fatto che le norme agevolative in materia di IVA dovrebbero essere interpretate in senso restrittivo, la suddetta posizione dell'Agenzia appaia fondata su considerazioni quantomeno controvertibili, le quali non tengono affatto conto delle conseguenze paradossali che essa determina.

Ritiene infatti che, più correttamente, all'origano, quale pianta agricola aromatica, dovrebbe essere applicata la stessa aliquota IVA del 4 per cento applicabile a basilico, salvia e rosmarino, ai sensi del numero 12-bis della Tabella A, Parte II, del decreto del Presidente della Repub-

blica n. 633 del 1972, evidenziando come la diversa tassazione di piante aromatiche merceologicamente appartenenti alla stessa categoria rischi di costituire un'ingiustificata incongruenza nel trattamento tributario di uno degli alimenti aromatici più apprezzati ed importanti, anche in termini produttivi, soprattutto nel Meridione d'Italia.

In tale contesto, segnala pertanto l'esigenza che il Parlamento assuma una posizione politica chiara su tale questione, al fine di restringere gli ambiti di discrezionalità lasciati all'amministrazione e di compiere un passo utile al superamento di uno degli elementi di confusione e contraddittorietà che affliggono l'ordinamento tributario, superando l'interpretazione restrittiva assunta dagli uffici dell'amministrazione finanziaria.

Tale esigenza risulta confermata dalla stessa parte finale della risposta al sopra richiamato atto di sindacato ispettivo, nella quale il rappresentante del Governo, riconoscendo che da un punto di vista tecnico-merceologico l'origano appartiene alla stessa voce doganale del basilico, rosmarino e salvia, ha segnalato come l'Esecutivo stia valutando l'opportunità, compatibilmente con le disposizioni comunitarie, di applicare un'unica aliquota IVA per le piante agricole aromatiche;

Auspica pertanto che la risoluzione in discussione possa costituire un elemento di stimolo, in un'ottica di proficua collaborazione tra Parlamento e Governo, nell'interesse dei cittadini, chiedendo quindi

al Governo un impegno ad adottare tutte le iniziative, anche di carattere normativo, volte a assicurare l'applicazione di un'aliquota IVA uniforme per tutte le tipologie di piante agricole aromatiche, con particolare riguardo all'origano, sia fresco, sia essiccato, in rametti o sgranato, sia miscelato con altre erbe aromatiche.

Più in generale, la problematica affrontata dall'atto di indirizzo segnala l'esigenza che il Governo e il Parlamento si assumano le loro responsabilità politiche e si riappropriino delle decisioni di politica tributaria, senza rinviare tale decisioni alle valutazioni tecniche, invero spesso controvertibili, degli uffici ministeriali o delle Agenzie fiscali, eliminando, nel caso di specie, le evidenti discrasie sussistenti nella normativa IVA vigente su tali prodotti e nelle relative aliquote. Sottolinea infatti come la confusione che caratterizza sotto tale profilo l'ordinamento tributario, oltre a portare al paradosso secondo cui prodotti merceologicamente analoghi sono assoggettati ad aliquote IVA diverse, o che lo stesso prodotto è sottoposto all'aliquota del 4 per cento, se commercializzato sfuso, ovvero del 10 per cento, se commercializzato in bustine, costituisca un grave elemento di ostacolo per l'operatività delle imprese italiane operanti nel settore.

Daniele CAPEZZONE, *presidente*, nessuno chiedendo di intervenire, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.15.**

## ALLEGATO 1

**5-02921 Sottanelli: Abrogazione dell'obbligo per i produttori agricoli sottoposti al regime speciale IVA di comunicare le operazioni rilevanti ai fini della medesima imposta****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con il *question time* in esame, l'Onorevole interrogante chiede che i produttori agricoli con volume d'affari non superiore ai 1.000 euro vengano esonerati dall'obbligo di comunicazione delle operazioni rilevanti ai fini IVA, introdotto dal comma 8-*bis* dell'articolo 36 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

Al riguardo, sentita l'Agenzia delle entrate, si rappresenta quanto segue.

L'articolo 2 del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, ha modificato il citato articolo 21 del decreto-legge n. 78 del 2010, disponendo che «l'obbligo di comunicazione delle operazioni rilevanti ai fini dell'imposta sul valore aggiunto per le quali è previsto l'obbligo di emissione della fattura è assolto con la trasmissione, per ciascun cliente e fornitore, dell'importo di tutte le operazioni attive e passive effettuate».

Inoltre, l'articolo 36, comma 8-*bis*, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 175, a seguito delle modifiche intervenute in sede di conversione nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha espressamente previsto l'obbligo di comunicazione anche da parte degli agricoltori esonerati ai sensi dell'ar-

ticolo 34, comma 6, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633.

Ciò premesso, come evidenziato dagli onorevoli interroganti, l'esclusione da detto obbligo dei produttori agricoli di cui all'articolo 34, comma 6, del decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del 1972, allineerebbe gli adempimenti di detti produttori agricoli a quelli previsti per i contribuenti minimi (commercianti, artigiani, professionisti) con volume d'affari inferiore ai 30.000 euro.

Tuttavia, si ritiene opportuno sottolineare che la precipua finalità della disposizione di cui al citato articolo 36, comma 8-*bis*, del decreto-legge n. 179 del 2012, consiste nel rendere più efficienti le attività di controllo relative alla tracciabilità dei prodotti agricoli ed alimentari, in conformità alla regolamentazione comunitaria sulla sicurezza alimentare.

Alla luce di quanto riferito, si ritiene che le misure auspiccate dall'onorevole interrogante, ferma restando la necessità di ponderare le diverse esigenze sopra rappresentate, siano meritevoli di più approfondite valutazioni nell'ottica del pacchetto di semplificazioni allo studio al Governo.

## ALLEGATO 2

**5-02922 Pesco: Rafforzamento delle attività di controllo tributario sui grandi contribuenti****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con il *question time* in esame, gli onorevoli interroganti chiedono quale iniziativa anche normativa si intende intraprendere al fine di migliorare ed intensificare le attività di controllo formale e sostanziale in relazione ai cosiddetti « grandi contribuenti ».

Inoltre, gli onorevoli sollecitano ad assumere iniziative volte a prevedere che l'obiettivo di *output* in termini di ammontare complessivo di entrate da riscuotere venga stabilito dall'Agenzia delle entrate annualmente in maniera distinta per ciascuna categoria di contribuente, in maniera tale da evitare che, una volta raggiunto l'obiettivo programmato, l'Agenzia non venga disincentivata a effettuare controlli verso l'una o l'altra categoria di contribuenti.

Al riguardo, sentita l'Agenzia delle entrate, si rappresenta quanto segue.

Occorre premettere che l'Agenzia, sulla base della Convenzione triennale tra il Ministero e l'Agenzia stessa (ai sensi dell'articolo 59, commi 2, 3 e 4, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300), si impegna ad assicurare lo svolgimento delle finzioni istituzionali (articoli 62 e 64 del decreto legislativo 300/1999) ed il conseguimento degli obiettivi strategici di politica fiscale e di gestione tributaria indicati nell'Atto di indirizzo del Ministro dell'economia e delle finanze e che nel Piano dell'Agenzia, allegato a detta Convenzione, sono indicati gli obiettivi che la stessa si impegna a conseguire ed i risultati attesi dall'azione di contrasto all'evasione e all'elusione fiscale con riferimento a tutte le macro categorie di contribuenti.

Le entrate derivanti dall'attività di controllo sui grandi contribuenti contribuiscono, pertanto, al raggiungimento degli obiettivi complessivi di *budget* previsti nella citata Convenzione.

Come richiamato nella interrogazione, l'Agenzia delle entrate è stata destinataria, negli ultimi anni, di un processo di riorganizzazione con l'obiettivo di focalizzare l'azione di controllo sulle diverse macrotipologie di contribuenti (grandi contribuenti, medie e piccole imprese, lavoratori autonomi, enti non commerciali, persone fisiche) che ha consentito di adottare metodologie di intervento differenziate, coerenti con specifici sistemi di analisi e valutazione del rischio di evasione e/o di elusione.

Gli importanti risultati in termini di entrate erariali segnalati nell'interrogazione in riferimento ai cosiddetti « grandi contribuenti » sono la conseguenza diretta del miglioramento della qualità dell'attività di controllo, anche in virtù del riassetto organizzativo delle strutture centrali e regionali e della ridefinizione delle modalità di intervento nei confronti di tali soggetti.

L'approccio utilizzato nelle attività di contrasto dell'evasione fiscale, oltre ad aver contribuito a migliorare i risultati in termini di riscossione, è anche funzionale al progressivo e tendenziale innalzamento del grado di adempimento spontaneo da parte dei contribuenti.

In quest'ottica, con riferimento al comparto dei grandi contribuenti, l'Agenzia delle entrate, sulla scia delle esperienze internazionali ispirate ai principi della

*cooperative compliance* declinati dall'OCSE ed in coerenza con le sopravvenute previsioni di cui all'articolo 6, comma 1, della legge di delegazione fiscale (legge 11 marzo 2014, n. 23), ha avviato nel luglio 2013 il progetto pilota sul « regime di adempimento collaborativo » che si propone, di analizzare, in concreto e in collaborazione con il mondo delle imprese, i sistemi di controllo interno del rischio fiscale (cosiddetto *Tax Control Framework*) il cui utilizzo costituisce presupposto per l'implementazione di programmi cooperativi per la *compliance*.

Nel solco delle iniziative normative già intraprese si segnala, altresì, che nel citato

articolo 6 della legge n. 23 del 2014 è prevista l'organizzazione di adeguate strutture dell'amministrazione finanziaria dedicate alle predette attività di comunicazione e cooperazione.

Quanto all'opportunità di assumere iniziative per prevedere obiettivi di produzione distinti per ciascuna categoria di contribuenti, il Governo ritiene opportuno una più ampia riflessione sulla idoneità stessa degli attuali obiettivi di produzione, di tipo prevalentemente quantitativo di gettito, ad assicurare la migliore e più efficace gestione del rapporto tra Fisco e contribuente dal punto di vista del contrasto all'evasione fiscale.

## VII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Cultura, scienza e istruzione)

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

##### SEDE CONSULTIVA:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) (*Esame e conclusione – Parere favorevole*) ..... 178

##### RISOLUZIONI:

7-00341 Simone Valente: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado.  
7-00345 Molea: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado (*Seguito della discussione congiunta e rinvio*) ..... 181

7-00276 Vacca: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.

7-00327 Ghizzoni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.

7-00330 Santerini: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.

7-00336 Fratoianni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari (*Seguito della discussione congiunta e rinvio*) ..... 182

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 184

##### SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Manuela GHIZZONI. — Intervengono il sottosegretario di Stato per i beni e le attività culturali e il turismo, Francesca Barracciu e il sottosegretario di Stato per l'istruzione, l'università e la ricerca, Gabriele Toccafondi.*

**La seduta comincia alle 14.10.**

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'ope-**

**ratività del Fondo per le emergenze nazionali.**

**C. 2365 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Manuela GHIZZONI, *presidente e relatore*, illustra il decreto-legge in esame, assegnato in sede referente – in prima lettura – alla VIII Commissione, il quale si compone di tre articoli, compreso quello sull'entrata in vigore, e reca misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali – verificatisi

tra il 17 ed il 19 gennaio 2014 in provincia di Modena – nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. Ricorda quindi che il presente provvedimento d'urgenza scade l'11 luglio 2014.

A tale proposito, sottolinea che il provvedimento è stato adottato dal Governo – dopo che nell'ambito del decreto-legge n. 4 del 2014 è già stata disposta la sospensione dei termini dei versamenti e degli adempimenti tributari, previdenziali, assistenziali e assicurativi fino al 31 ottobre prossimo venturo – nella consapevolezza che lo Stato debba assumere misure straordinarie per sostenere la popolazione di un territorio che ha vissuto, nell'arco di 20 mesi, una altrettanto straordinaria coincidenza di drammatici eventi calamitosi: il terremoto di maggio 2012, la tromba d'aria del 3 maggio 2013 e l'alluvione del gennaio scorso. Segnala inoltre che un'altra tromba d'aria, accompagnata da una grandinata di intensità, estensione e durata eccezionali, si è poi abbattuta il 30 aprile scorso sugli stessi comuni già alluvionati.

Andando nel dettaglio delle disposizioni, rileva che l'articolo 1 destina complessivi 210 milioni di euro – 150 milioni di euro per il 2014 e 60 milioni di euro per il 2015 – per fronteggiare l'emergenza e per erogare contributi necessari per la ripresa delle normali condizioni di vita e di lavoro dopo gli eventi alluvionali del 17-19 gennaio 2014, mirando a garantire la continuità dell'attività di ricostruzione post-sisma. A tal fine, si consente, ai sensi del comma 5 del medesimo articolo 1, che il Presidente della regione Emilia-Romagna, Commissario delegato per gli eventi sismici e alluvionali che hanno interessato tale regione conceda contributi a soggetti privati e imprese, per far fronte ai danni causati dagli eventi di cui sopra, mediante appositi provvedimenti che determinino, sulla base dei danni effettivamente verificatisi, priorità, modalità e percentuali. Aggiunge poi che l'importo indicato di 210 milioni di euro potrà essere utilizzato a valere sulle risorse della contabilità speciale istituita (ai sensi dell'articolo 2,

comma 6, del decreto-legge n. 74 del 2012) per accogliere le risorse del « Fondo per la ricostruzione delle aree colpite dal sisma del 20-29 maggio 2012 » ed intestata allo stesso Presidente della regione Emilia-Romagna: in altre parole, come precisa la relazione tecnica, si tratta di utilizzo di risorse già nella disponibilità della contabilità speciale intestata al Commissario delegato e, pertanto, la disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Specifica che, in particolare, ai 160 milioni di euro per il 2014 si fa fronte mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dall'articolo 3-bis del decreto-legge n. 95 del 2012, che prevede crediti di imposta e finanziamenti bancari agevolati per la ricostruzione, con garanzia statale nel limite di 6 miliardi di euro. Per l'attuazione di tali norme è stata autorizzata la spesa massima di 450 milioni di euro annui, a decorrere dal 2013. Quanto ai restanti 50 milioni di euro per il 2015, si provvede a valere sulle risorse relative all'autorizzazione di spesa per la copertura degli oneri relativi a finanziamenti concessi ai soggetti colpiti dal sisma del 2012 (ai sensi dell'articolo 11, commi 10 e 13, del decreto-legge n. 174 del 2012), derivanti dai risparmi di spesa destinati, nella misura di 550 milioni di euro per ciascuno degli anni 2013-2014, al « Fondo per la ricostruzione delle aree colpite dal sisma del 20-29 maggio 2012 » (articolo 7, comma 21, del decreto-legge n. 95 del 2012, cosiddetto di *spending review*). Precisa che queste risorse sono versate e disponibili sulla contabilità speciale, relativa al sisma 2012, intestata al Presidente della Regione Emilia-Romagna.

Rileva quindi che di particolare interesse per la VII Commissione appaiono le norme contenute nel comma 8 dell'articolo 1, che prevede che il Commissario delegato autorizzi altresì la concessione di contributi per il ripristino di opere pubbliche o di interesse pubblico, beni culturali, strutture pubbliche adibite ad attività sociali, sociosanitarie e socio-educative, sanitarie, ricreative, sportive e religiose, edifici di interesse storico-artistico, che abbiano su-

bito danni dai suddetti eventi alluvionali, nel limite delle medesime risorse sopra richiamate, sempre a valere – come anticipato – sui fondi della contabilità speciale del Commissario delegato. Tale disposizione, pertanto – secondo quanto riportato nella relazione tecnica annessa al provvedimento – non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Aggiunge che l'articolo 2 integra il Fondo per le emergenze nazionali – di cui all'articolo 5, comma 5-*quinquies*, della legge n. 225 del 1992 – con le risorse iscritte nel bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri che risultano ancora disponibili in relazione alla mancata attivazione degli interventi previsti da specifiche disposizioni legislative, a seguito di calamità naturali; l'articolo 3 dispone, infine, l'entrata in vigore del decreto. Per ulteriori approfondimenti sul disegno di legge in esame rimanda alla documentazione predisposta dagli uffici.

Propone quindi l'espressione di un parere favorevole sul testo in esame.

Luigi GALLO (M5S), con riferimento ad un'osservazione presente nella documentazione predisposta dagli uffici, riferita al comma 1 dell'articolo 1, chiede al rappresentante del Governo di chiarire quali siano i comuni interessati dalla tromba d'aria richiamata nella predetta disposizione. Rileva inoltre, con riferimento all'articolo 1, comma 8, del provvedimento, che non gli appare opportuno attribuire al Commissario delegato la facoltà di determinare le priorità degli interventi concernenti i beni di interesse storico-artistico, le quali dovrebbero essere indicate dai competenti organi del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo.

Manuela GHIZZONI, *presidente e relatore*, anticipando la risposta del Governo, rileva, in primo luogo, che dalla norma citata dal collega Gallo si evince che i comuni interessati sono quelli di Castelfranco e di Mirandola. Con riferimento poi all'articolo 1, comma 8, osserva come tale norma faccia riferimento ai soli aspetti finanziari connessi anche ai beni culturali,

la cui individuazione, resta comunque attribuita ai competenti organi del MIBACT.

Il sottosegretario Francesca BARRACCIU conferma quanto testè ricordato dall'onorevole Ghizzoni, ricordando che il Commissario delegato non ha poteri illimitati, bensì, con riferimento ai beni culturali che hanno subito danni nei territori dell'Emilia Romagna, la competenza a determinare dove effettuare interventi rimane in capo alla soprintendenza regionale per i beni culturali, la quale monitora lo stato degli interventi.

Manuela GHIZZONI, *presidente e relatore*, nessun altro chiedendo di intervenire in sede di discussione generale, dà la parola ai colleghi che vogliano intervenire per dichiarazione di voto.

Antonio PALMIERI (FI-PdL) annuncia, a nome del suo gruppo, voto favorevole sulla proposta della relatrice di parere favorevole sul provvedimento in esame.

Maria COSCIA (PD), dopo aver ringraziato la collega Ghizzoni per l'accurato lavoro svolto, dichiara il voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di parere favorevole avanzata dalla relatrice.

Luigi GALLO (M5S), alla luce dei chiarimenti espressi dal sottosegretario Barracciu, annuncia voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di parere favorevole della relatrice.

Bruno MOLEA (SCpI) dichiara il voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di parere in esame.

Giancarlo GIORDANO (SEL) annuncia anch'egli il voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di parere favorevole.

La Commissione approva quindi la proposta di parere favorevole sul provvedimento in esame.

**La seduta termina alle 14.25.**

**RISOLUZIONI**

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Manuela GHIZZONI. — Interviene il sottosegretario di Stato per l'istruzione, l'università e la ricerca Gabriele Toccafondi.*

**La seduta comincia alle 14.25.**

**7-00341 Simone Valente: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado.**

**7-00345 Molea: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado.**

*(Seguito della discussione congiunta e rinvio).*

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata nella seduta del 6 maggio 2014.

Manuela GHIZZONI, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori dell'odierna seduta della Commissione sia assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Il sottosegretario Gabriele TOCCAFONDI illustra le considerazioni del Governo in merito alle due risoluzioni presentate.

Con riferimento alla risoluzione n. 7-00341 Simone Valente, dichiara la sua disponibilità ad accogliere favorevolmente i due impegni presenti nella stessa, subordinatamente a una loro riformulazione. Indica quindi l'opportunità di indicare, dopo le parole « assumere le iniziative », le seguenti: « , anche in sede normativa e di contrattazione sindacale integrativa, ». Indica inoltre l'opportunità di sopprimere il seguente inciso, presente nel medesimo primo impegno: « per ripristinare le risorse già assegnate alle istituzioni scolastiche, prima dei tagli epocali effettuati dal decreto-legge n. 112 del 2008, convertito,

con modificazioni dalla legge n. 133 del 2008 ». Al secondo impegno propone di sopprimere le parole: « gli uffici scolastici territoriali siano messi in condizione di garantire »; conseguentemente, propone di aggiungere, dopo le parole: « utili affinché » le seguenti: « le scuole e gli uffici competenti garantiscano ».

Con riferimento poi alla risoluzione n. 7-003445 Molea, accoglie i primi due impegni per il Governo contenuti in essa, subordinatamente ad una loro riformulazione. Indica, quindi, nel primo impegno, l'opportunità, dopo le parole: « territorio nazionale, » di sostituire la parola: « consentendo » con le seguenti: « anche valutando l'opportunità di consentire ». Propone inoltre di sostituire le parole: « i quali sono stati più volte richiamati nella normativa ministeriale ma, mai – nei fatti – realmente attivati » con le seguenti: « finora mai realmente attivati ». Con riferimento al secondo impegno, propone di sostituire le parole: « e consentire una attenta programmazione sul territorio » con le seguenti: « , ove attivata, evitando comunque la nascita di qualsiasi canale parallelo di programmazione sul territorio dell'attività sportiva scolastica rispetto alla *governance* già affidata all'amministrazione e ». Dichiara quindi di accogliere il terzo impegno e di accogliere il quarto impegno, subordinatamente all'inserimento all'inizio dello stesso delle seguenti parole: « valutare ogni idonea possibilità, nel rispetto delle compatibilità di finanza pubblica, per ». Accoglie infine il quinto impegno presente nella risoluzione n. 7-00345. Chiarisce infine che conseguentemente andrebbero modificate le premesse alle suddette risoluzioni.

Manuela GHIZZONI, *presidente*, propone una breve sospensione della seduta, al fine di valutare le considerazioni espresse dal rappresentante del Governo sulle due risoluzioni in oggetto.

La Commissione concorda.

**La seduta, sospesa alle 10.30, è ripresa alle 10.40.**

Manuela GHIZZONI, *presidente*, prende atto che non vi è condivisione tra i presentatori delle risoluzioni e il rappresentante del Governo, in merito alla formulazione delle stesse. Propone quindi, acquisito l'assenso del Governo, di rinviare la seduta ad altra data, per svolgere i necessari approfondimenti e ricercare un'intesa il più possibile condivisa sul testo.

La Commissione concorda.

Manuela GHIZZONI (PD), *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta.

**7-00276 Vacca: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.**

**7-00327 Ghizzoni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.**

**7-00330 Santerini: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.**

**7-00336 Fratojanni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.**

*(Seguito della discussione congiunta e rinvio).*

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 6 maggio 2014.

Il sottosegretario Gabriele TOCCA-FONDI ricorda che il 30 maggio scorso il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con una nota, ha manifestato l'intenzione di correggere, tenendo conto

delle riflessioni emerse nel corso dei lavori delle competenti Commissioni parlamentari, la disciplina relativa al conferimento dell'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari, introducendo procedure più snelle già dalla terza tornata dell'abilitazione, prevista per la fine di quest'anno. Illustra quindi le considerazioni del Governo in merito alle quattro risoluzioni presentate. Con riferimento alla risoluzione n. 7-00276 Vacca, esprime parere negativo sul primo impegno presente in essa, in quanto le proroghe ivi indicate sono state effettuate secondo le previsioni di legge. Con riferimento poi al secondo impegno della medesima risoluzione, propone di sostituire le parole: « assumere iniziative per » con la seguente: « mantenere » e di sostituire le parole: « avviando la procedura di sostituzione delle commissioni che non sono state in grado di concludere i lavori secondo i termini stabiliti nella norma » con le seguenti: « garantendo la tempestiva e corretta conclusione delle operazioni concorsuali ». In relazione poi al terzo impegno della stessa risoluzione propone di aggiungere dopo la parola « presupposti » le seguenti: « e nei limiti delle competenze del Ministero, » e di sopprimere le seguenti parole « laddove si ravvisino incongruenze sui tempi di esame e verifiche singole dei *curricula* dei candidati ». Esprime quindi parere favorevole sul quarto ed ultimo impegno della risoluzione n. 7-00276.

Relativamente alla risoluzione n. 7-00327 Ghizzoni, esprime parere favorevole sul primo impegno in essa previsto e chiede di attenuare la vincolatività del secondo e del terzo impegno, utilizzando una formulazione che inviti il Governo a valutare l'opportunità di intervenire nel senso ivi indicato. Esprime quindi parere favorevole sul quarto e sul quinto impegno della medesima risoluzione, chiedendo per ciò che concerne i successivi impegni, che vanno dal sesto al nono, di modificare la formulazione – nel senso prima indicato – di invitare il Governo a valutare l'opportunità di intervenire in una determinata direzione.

Con riferimento poi alla risoluzione n. 7-00330 Santerini esprime parere favorevole sul primo impegno ivi previsto e chiede di attenuare la vincolatività delle previsioni inserite nel secondo e nel terzo impegno. Indica quindi l'avviso positivo del Governo in merito al quarto impegno della medesima risoluzione n. 7-00330, invitando ad una formulazione meno impegnativa del quinto punto del dispositivo della medesima risoluzione. Chiede infine di riformulare il sesto ed ultimo punto del dispositivo della stessa risoluzione sopprimendo – da tale impegno – le seguenti parole: « nonché del criterio dell'attività professionale nei settori ove abbiano rilevanza ».

In relazione, infine, alla risoluzione n. 7-00336 Fratoianni, esprime parere favorevole sul primo impegno ivi previsto, chiedendo di modificare la formulazione del secondo impegno nel senso di una minore vincolatività della previsione ivi inserita. Con riferimento poi al terzo ed ultimo impegno della medesima risoluzione n. 7-00336 esprime l'avviso negativo del Governo sulla stessa, in quanto tendente a modificare un punto fondamentale dell'autonomia universitaria. Chiarisce infine che conseguentemente andrebbero modificate le premesse alle suddette risoluzioni.

Gianluca VACCA (M5S) chiede, con riferimento alla nota del MIUR richiamata dal sottosegretario Toccafondi, se siano già state prese delle decisioni in merito alle modalità di modifica della procedura di attribuzione dell'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.

Manuela GHIZZONI, *presidente*, in qualità di presentatrice della risoluzione n. 7-00327, chiede quali siano le motivazioni per le quali si chieda di modificare la formulazione di taluni impegni, come quello riferito alla trasformazione dell'abilitazione scientifica nazionale, in una procedura « a sportello », invece che « a bando », nel senso di « raccomandare » al Governo un determinato comportamento, invece che impegnarlo a seguirlo. Rileva

quindi che la predetta trasformazione della procedura « a bando » in quella « a sportello » sembrerebbe essere già stata decisa dal ministro Giannini. Chiede quindi di chiarire quali siano le intenzioni del Governo in merito.

Il sottosegretario Gabriele TOCCA-FONDI ribadisce la volontà del Governo di modificare la disciplina oggetto delle risoluzioni in titolo, come esplicitato nella citata nota del MIUR del 30 maggio scorso, con la quale il ministro Giannini ha comunicato l'avvio di una riflessione in merito, il cui esito dovrebbe manifestarsi entro la fine del mese di giugno di quest'anno. Dopo aver confermato che è intenzione del Governo valutare l'opportunità di passare da un sistema « a bando » ad un sistema « a sportello », chiarisce che in tale fase il Governo preferisce che la formulazione di taluni impegni presenti nelle risoluzioni in esame permettano all'Esecutivo di non essere eccessivamente vincolati dalle prescrizioni inserite negli atti di indirizzo. Auspica comunque l'approvazione di una risoluzione condivisa, che indichi le nuove modalità di svolgimento delle attività delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.

Maria COSCIA (PD) rileva come il Governo abbia manifestato l'intenzione di modificare l'impostazione della procedura oggetto delle risoluzioni. Auspica comunque che possano essere sufficientemente dettagliati gli impegni indirizzati al Governo nella risoluzione che la Commissione predisporrà il più possibile in maniera condivisa.

Milena SANTERINI (PI) osserva che le premesse delle risoluzioni in esame sono talora discordanti essendovi quindi la necessità di ricondurre ad unità gli intenti della Commissione. Ritene quindi che sia necessario capire esattamente che cosa e quanto non abbia funzionato nelle valutazioni dei candidati alla docenza universitaria.

Gianluca VACCA (M5S) auspica la predisposizione, tramite la risoluzione che la Commissione si appresta a predisporre, di opportune linee guida che modifichino l'attuale sistema di valutazione, pur non stravolgendo la sua impostazione di base.

Il sottosegretario Gabriele TOCCA-FONDI ribadisce l'auspicio del Governo che si addivenga il prima possibile ad una risoluzione unitaria sul tema oggetto delle interrogazioni in esame.

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

**La seduta termina alle 15.05.**

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.05 alle 15.20.

## VIII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Ambiente, territorio e lavori pubblici)

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

#### SEDE REFERENTE:

Decreto-legge 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo ( <i>Seguito esame e rinvio</i> ) .....	185
ALLEGATO ( <i>Nota depositata dal Governo</i> ) .....	187
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	186

#### SEDE REFERENTE

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Ermete REALACCI. — Interviene il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sesa Amici.*

#### La seduta comincia alle 14.10.

**Decreto-legge 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo.**

*(Seguito esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento rinviato nella seduta del 27 maggio scorso.

Ermete REALACCI, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta erano stati richiesti chiarimenti al Governo sull'ammontare complessivo delle risorse che, ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge, saranno oggetto di revoca e successiva rias-

segnazione ad interventi diretti a fronteggiare i danni provocati da calamità naturali.

Il sottosegretario di Stato Sesa AMICI consegna alla Commissione una nota recante i dati richiesti al Governo nella seduta del 27 maggio scorso, relativi all'ammontare complessivo delle risorse disponibili per fronteggiare le emergenze dovute a calamità naturali (*vedi allegato*). Precisa, peraltro, che proprio in queste ore è in corso di completamento l'attività del Ministero dell'economia di quantificazione delle ulteriori risorse rese disponibili dal fatto che, in alcuni casi, per la realizzazione degli interventi diretti a fronteggiare i danni provocati da calamità naturali sono stati attivati mutui a condizioni più vantaggiose rispetto a quelle ipotizzate al momento dello stanziamento delle risorse in questione.

Ermete REALACCI, *presidente*, nel prendere atto dei chiarimenti forniti dal rappresentante del Governo, sottolinea l'esigenza che, anche per le ulteriori risorse ancora da quantificare, il Governo fornisca alla Commissione i dati relativi al

loro esatto ammontare prima della conclusione dell'esame istruttorio del decreto-legge.

Alessandro BRATTI (PD), *relatore*, nell'associarsi alla richiesta avanzata al Governo dal presidente della Commissione, ribadisce la sua piena disponibilità a prendere in considerazione i suggerimenti e le proposte migliorative del testo del provvedimento in esame, fermo restando il fatto che, se è vero che non spetta alla Commissione individuare la puntuale destinazione delle risorse rese disponibili, ogni sforzo andrà invece compiuto per assicurare il massimo di operatività e di disponibilità di risorse al Fondo per le emergenze nazionali, al fine di dare risposta al maggior numero possibile di

territori colpiti nei mesi scorsi da gravi eventi calamitosi.

Ermete REALACCI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.20.**

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.20 alle 14.30.

## ALLEGATO

**Decreto-legge 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali (C. 2365 Governo).**

**NOTA DEPOSITATA DAL GOVERNO**

In relazione alle risorse utilizzabili per le emergenze si comunica che:

Le disposizioni di cui all'articolo 2 riguardano, secondo i dati forniti dal Dipartimento della protezione civile, 6 interventi mai attivati, con un recupero di 45,6 milioni di euro. I predetti fondi, insieme ai 50 milioni di euro stanziati per il Fondo emergenze dal decreto-legge «salva Roma 3», saranno presto riutilizzati per le emergenze da finanziare; tuttavia sono insufficienti in quanto, data la limitatezza dello stanziamento iniziale per il Fondo emergenze, si è dovuto utilizzare il fondo di riserva del bilancio dello Stato che occorre reintegrare (attualmente il fabbisogno ulteriore, ancora da finanziare, per emergenze già istruite o in corso di istruzione è di ca 80 milioni di euro);

La Presidenza ha aperto un tavolo con il Ministero dell'economia al fine in primo luogo di dare attuazione ad una disposizione di due anni fa secondo la quale dovesse essere direttamente il MEF a pagare gli oneri relativi a mutui attivati per interventi per calamità naturali, previa

ricognizione dei predetti mutui e individuazione delle relative risorse. Il Dipartimento ha effettuato la predetta ricognizione e i dati sono quindi all'esame della RGS. Contestualmente sono state evidenziate alcune economie di stanziamento derivanti dall'effettiva attivazione di mutui a condizioni più vantaggiose rispetto a quanto preventivato ovvero ad un ritardo nei tempi di attivazione. Si tratta di economie ulteriori rispetto alla disponibilità di cui all'articolo 2; ad esempio nel bilancio della Presidenza vi è un importo giacente, riportato dal 2013, di 137,3 milioni di euro, derivante dalla differenza tra risorse stanziare e fabbisogno effettivo per mutui attivati. Il Governo sta quantificando esattamente tali economie e sta valutando il loro utilizzo, nonché lo strumento più idoneo (emendamento, atti amministrativi); in ogni caso si farà fronte alle emergenze anche ricorrendo a riduzioni di altri stanziamenti come prevede la legge. Inoltre con il MEF si definirà il DPCM di revoca degli interventi di cui all'articolo 2.

Tabella allegato I

PRESDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE  
Contributi pluriennali non impegnati (cap. 958)

Regione	Norma autorizzativa dei contributi pluriennali	Ordinanza Numero	Data	Decretanza dal	al	Fabbisogno per anno												Totale	
						2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		2014
Campania	arr. 14, c. 4, l. 388/00	1124	12/04/2001	2002	2014	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	723.039,66	9.109.515,58
	arr. 45, c. 1, l. 448/01	1102	28/03/2002	2002	2014	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	546.000,00
	arr. 45, c. 1, l. 448/01	1102	28/03/2002	2003	2014	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	52.000,00	624.000,00
Puglia	arr. 45, c. 1, l. 448/01	1102	28/03/2002	2003	2014	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	108.000,00
						1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00
Basilicata	arr. 2, c. 115, l. 244/2007	2008	2014	2008	2014	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	24.500.000,00
						3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00	3.500.000,00
<b>Totale per anno</b>						765.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	826.039,66	5.826.039,66
<b>Totale (A + B)</b>																		<b>46.677.515,58</b>	

## IX COMMISSIONE PERMANENTE

### (Trasporti, poste e telecomunicazioni)

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

#### INTERROGAZIONI:

5-02353 Matarrese: Mancata erogazione alle regioni dell'anticipo del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale e possibili conseguenze per le aziende esercenti e per i cittadini, con particolare riguardo alla regione Puglia .....	190
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	193
5-02391 Tullo: Deroche alle limitazioni alla circolazione stradale previste nel periodo turistico per la regione Liguria, al fine di consentire l'approvvigionamento degli esercizi commerciali .	190
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	194
5-02694 D'Ottavio: Soppressione del servizio ferroviario a lunga percorrenza di collegamento della città di Torino con la Sicilia .....	190
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	195
5-02724 Gandolfi: Carenza delle targhe di immatricolazione dei veicoli prodotte dal Poligrafico dello Stato .....	190
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	196

#### RISOLUZIONI:

7-00322 Tullo: Disciplina dei veicoli adibiti al soccorso che effettuano trasporti sanitari ( <i>Seguito della discussione e conclusione – Approvazione di un nuovo testo n. 8-00060</i> ) .	191
<i>ALLEGATO 5 (Nuovo testo approvato dalla Commissione)</i> .....	197

#### SEDE REFERENTE:

Delega al Governo per la riforma del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Testo unificato C. 731 Velo ed altri e C. 1588 Governo ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	192
---	-----

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	192
---	-----

#### COMITATO RISTRETTO:

Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di semplificazione delle azioni di contrasto dell'evasione dell'obbligo di assicurazione dei veicoli, per favorire la circolazione dei carrelli elevatori e per contrastare le esportazioni irregolari di veicoli da demolire e le fittizie immatricolazioni di veicoli all'estero. C. 1512 Meta e abb. ....	192
---	-----

AVVERTENZA .....	192
------------------	-----

#### INTERROGAZIONI

Mercoledì 4 giugno 2014 — Presidenza  
del presidente Michele Pompeo META. —

Interviene il viceministro per le infrastrutture e i trasporti Riccardo Nencini.

**La seduta comincia alle 14.**

**5-02353 Matarrese: Mancata erogazione alle regioni dell'anticipo del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale e possibili conseguenze per le aziende esercenti e per i cittadini, con particolare riguardo alla regione Puglia.**

Il viceministro Riccardo NENCINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Salvatore MATARRESE (SCpI), replicando ringrazia il viceministro per la risposta, dalla quale si evince che si è provveduto ad un adempimento che riveste assoluta rilevanza e che consente di sanare una situazione che rischiava di avere gravi conseguenze sul futuro del sistema produttivo della regione Puglia.

**5-02391 Tullo: Deroghe alle limitazioni alla circolazione stradale previste nel periodo turistico per la regione Liguria, al fine di consentire l'approvvigionamento degli esercizi commerciali.**

Il viceministro Riccardo NENCINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Mario TULLO (PD), replicando, ringrazia il viceministro della risposta, della quale si dichiara soddisfatto soprattutto in relazione all'impegno di valutare le deroghe alla circolazione per il prossimo calendario, Auspica inoltre che si proceda ad uno snellimento delle procedure relative alle deroghe alla circolazione previste nel periodo turistico qualora siano adeguatamente motivate e necessarie al fine di non ricadere in un effetto paradossale di eccessiva riduzione dei mezzi di trasporto e di impossibilità per gli esercizi commerciali di approvvigionarsi in modo sufficiente per far fronte alle esigenze degli utenti.

**5-02694 D'Ottavio: Soppressione del servizio ferroviario a lunga percorrenza di collegamento della città di Torino con la Sicilia.**

Il viceministro Riccardo NENCINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Umberto D'OTTAVIO (PD), replicando ringrazia il viceministro per la risposta, della quale si dichiara soddisfatto soprattutto in relazione alla disponibilità del ministero e della regione Sicilia di valutare quanto richiesto nell'atto di sindacato a propria firma. Fa presente, al riguardo, che il treno oggetto dell'interrogazione, il cosiddetto « treno del sole » che copriva il tragitto Torino-Palermo senza soluzione di continuità, era stato istituito per permettere agli emigranti di fare ritorno nel proprio territorio. Nel fare presente che l'utenza di tale treno è anziana e pertanto risulterebbe complicato e non agevole effettuare un cambio di treno a Roma o Napoli, soprattutto se in orari notturni, auspica che possa essere ripristinato il servizio anche con un numero limitato di carrozze e nel solo periodo estivo.

**5-02724 Gandolfi: Carezza delle targhe di immatricolazione dei veicoli prodotte dal Poligrafico dello Stato.**

Il viceministro Riccardo NENCINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Paolo GANDOLFI (PD), replicando, nel ringraziare il viceministro per la risposta resa di cui si dichiara soddisfatto, ritiene che l'efficienza delle attività degli uffici della motorizzazione civile sia un elemento centrale anche rispetto alla credibilità dell'azione di riforma delle strutture pubbliche che si è inteso avviare.

Michele Pompeo META, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.30.**

#### RISOLUZIONI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Michele Pompeo META. — Interviene il viceministro per le infrastrutture e i trasporti Riccardo Nencini.*

**La seduta comincia alle 14.30.**

**7-00322 Tullo: Disciplina dei veicoli adibiti al soccorso che effettuano trasporti sanitari.**

(Seguito della discussione e conclusione – Approvazione di un nuovo testo n. 8-00060).

La Commissione prosegue la discussione della risoluzione in oggetto, rinviata nella seduta del 14 maggio 2014.

Michele Pompeo META, *presidente*, propone, se non vi sono obiezioni, che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Così rimane stabilito.

Il viceministro Riccardo NENCINI esprime parere favorevole sugli impegni di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo capoverso del dispositivo. Esprime invece parere contrario sull'impegno di cui alla lettera *c*) del medesimo capoverso, dal momento che ritiene che tale problematica possa trovare corretta soluzione solo attraverso la modifica dell'articolo 373, comma 2, lettera *c*), del decreto del Presidente della Repubblica n. 495 del 1992. Osserva, peraltro, che l'esercizio del servizio di soccorso è connesso alle imprescindibili condizioni di emergenza in cui lo stesso è stato utilizzato, che può certificare solo l'ente per conto del quale è stato svolto il servizio di emergenza. Esprime, quindi, parere favorevole sull'impegno di cui alla lettera *d*) del primo capoverso, concernente l'ammissione della presenza, a bordo delle autoambulanze, degli eventuali familiari accompagnatori dell'assistito.

Esprime parere favorevole anche sull'impegno di cui al secondo capoverso, relativo alla ridefinizione della disciplina degli autoveicoli speciali, diversi dalle autoambulanze, destinati al trasporto di persone in particolari condizioni.

Esprime invece parere contrario sull'impegno di cui al terzo capoverso, relativo all'innalzamento a 4.000 chilogrammi del limite di peso dei veicoli di soccorso. Al riguardo rileva che in forza delle vigenti disposizioni dell'Unione europea, i conducenti in possesso di patente di categoria B possono guidare esclusivamente veicoli di

massa complessiva non superiore alle 3,5 tonnellate; le autoambulanze, in considerazione anche degli allestimenti che le caratterizzano, superano detto limite e, pertanto, possono essere guidate solo da conducenti in possesso della patente di categoria C1.

Esprime infine parere favorevole sull'impegno di cui al quarto capoverso, concernente il rilascio della patente di servizio ai conducenti dei veicoli ivi indicati, a patto che l'impegno stesso sia riformulato facendo precedere le parole: « a valutare la possibilità di ».

Mario TULLO (PD) prende atto del parere contrario sull'impegno di cui alla lettera *c*) del primo capoverso e sull'impegno di cui al terzo capoverso, relativo ai limiti di peso, che è motivato in ragione della disciplina dell'Unione europea. Accoglie la riformulazione proposta dal rappresentante del Governo riguardo al quarto capoverso.

Per quanto concerne l'impegno di cui alla lettera *b*) del primo capoverso, sul quale il rappresentante del Governo ha espresso il proprio assenso, ritiene necessario precisare che la formulazione adottata in tale impegno comporta la concessione di apparati Telepass in comodato gratuito sia, come già è previsto, nel caso di transiti effettuati in soccorso di emergenza, sia anche negli altri casi in cui è documentato l'utilizzo per trasporto sanitario. Condivide infatti l'esigenza di evitare che si producano abusi sfruttando l'esenzione dal pedaggio anche per finalità private o comunque non riconducibili all'attività sanitaria. Osserva peraltro che vi sono casi in cui, pur non trattandosi di emergenze, le associazioni di volontariato offrono servizi di trasporto sanitario di particolare rilevanza, che, se effettuati dalle strutture pubbliche, avrebbero costi molto più elevati. In proposito fa specifico riferimento al trasporto di soggetti in dialisi, che sicuramente giustifica l'esenzione dal pedaggio. Ritiene altresì che il telepass gratuito debba essere offerto anche nei casi in cui il trasporto sia comunque connesso ad attività di carattere sanitario, come ad esempio nel caso di viaggi di

ritorno dopo che il paziente è stato accompagnato presso la struttura sanitaria.

Con queste precisazioni relative alla portata dell'impegno di cui alla lettera *b*) del primo capoverso, ribadisce in generale di accogliere la proposta di riformulazione del dispositivo della risoluzione formulata dal rappresentante del Governo.

Michele Pompeo META, *presidente*, avverte che il nuovo testo della proposta di risoluzione assumerà il numero 8-00060 (*vedi allegato 5*).

Pone quindi in votazione il nuovo testo della proposta di risoluzione.

La Commissione approva il nuovo testo della risoluzione numero 7-00322 che assume il numero 8-00060 (*vedi allegato 5*).

Michele Pompeo META, *presidente*, sottolinea che la risoluzione nel testo riformulato è stata approvata all'unanimità.

**La seduta termina alle 14.45.**

#### SEDE REFERENTE

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Michele Pompeo META. — Interviene il viceministro per le infrastrutture e i trasporti Riccardo Nencini.*

**La seduta comincia alle 14.45.**

**Delega al Governo per la riforma del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285.**

**Testo unificato C. 731 Velo ed altri e C. 1588 Governo.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 28 maggio 2014.

Michele Pompeo META, *presidente*, ricorda che nella seduta del 28 maggio scorso il relatore ha ampiamente illu-

strato il testo unificato predisposto dal Comitato ristretto dopo un lungo e approfondito lavoro, e successivamente la Commissione ha adottato tale testo unificato come testo base.

Nessuno chiedendo di intervenire, segnala l'opportunità di prevedere un'ulteriore seduta per completare l'esame preliminare a seguito della quale si procederà a fissare, in sede di Ufficio di presidenza, il termine per la presentazione degli emendamenti. Rinvia quindi il seguito dell'esame ad una successiva seduta.

**La seduta termina alle 14.50.**

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.50 alle 15.

#### COMITATO RISTRETTO

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

**Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di semplificazione delle azioni di contrasto dell'evasione dell'obbligo di assicurazione dei veicoli, per favorire la circolazione dei carrelli elevatori e per contrastare le esportazioni irregolari di veicoli da demolire e le fittizie immatricolazioni di veicoli all'estero.**  
**C. 1512 Meta e abb.**

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 15 alle 16.

#### AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

#### INTERROGAZIONI

*5-02681 Bergamini: Modalità e tempi di applicazione del nuovo sistema di revisione periodica dei veicoli leggeri.*

## ALLEGATO 1

**5-02353 Matarrese: Mancata erogazione alle regioni dell'anticipo del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale e possibili conseguenze per le aziende esercenti e per i cittadini, con particolare riguardo alla regione Puglia.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

In risposta a quanto richiesto dagli onorevoli interroganti informo che la problematica segnalata può considerarsi risolta.

Ai sensi dell'articolo 16-*bis* del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito con modificazione dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, così come sostituito dall'articolo 1, comma 301 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, il 3 aprile 2014 è stato firmato il decreto n. 23407, del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, con il quale è stata disposta la concessione, per l'anno 2014, dell'antici-

pazione del 60 per cento del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle regioni a statuto ordinario.

In data 19 maggio 2014, a seguito delle registrazioni presso i competenti organi di controllo del decreto in parola, si è immediatamente provveduto ad effettuare il conseguente impegno a favore della regione Puglia e, lo scorso 22 maggio, è stato emesso il decreto di pagamento a favore dello stesso ente regionale pari ad euro 149.380.669,80.

## ALLEGATO 2

**5-02391 Tullo: Deroghe alle limitazioni alla circolazione stradale previste nel periodo turistico per la regione Liguria, al fine di consentire l'approvvigionamento degli esercizi commerciali.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

In risposta a quanto segnalato dagli onorevoli interroganti è opportuno ricordare che la finalità principale del calendario dei divieti di circolazione, predisposto annualmente, è quella di garantire migliori condizioni di sicurezza nella circolazione stradale extraurbana nei giorni di maggiore intensità di traffico.

Le deroghe attualmente previste per alcune categorie di veicoli, con il decreto ministeriale dell'11 dicembre 2013, trovano il loro fondamento giuridico sulla destinazione degli stessi, cioè ove questa sia finalizzata a garantire i servizi pubblici essenziali o soddisfi primarie esigenze della collettività, ivi comprese quelle legate alle attività agricole.

Per ciò che riguarda la possibilità di consentire la circolazione di veicoli che trasportano derrate alimentari non deperibili destinate all'approvvigionamento in località o zone turistiche, faccio presente che le limitazioni previste con il predetto decreto ministeriale valgono solo per la circolazione fuori dai centri abitati di veicoli con massa complessiva superiore alle 7,5 tonnellate, mentre il rifornimento di negozi e supermercati viene svolto quasi

totalmente con veicoli di massa inferiore e nell'ambito dell'attività logistica di distribuzione urbana delle merci.

Tra l'altro, intervenire modificando o regolamentando in modo diverso la circolazione dei mezzi pesanti limitatamente ad un ambito territoriale localizzato, potrebbe ingenerare non poche difficoltà nell'ambito delle attività di controllo su strada da parte degli organi accertatori.

Ricordo, infine, che in casi di assoluta e comprovata necessità ed urgenza, riferibili a situazioni eccezionali debitamente documentate, temporalmente limitate e quantitativamente definite, l'articolo 4, comma 1, lettera c) del decreto ministeriale 11 dicembre 2013, prevede la possibilità di presentare richiesta alla Prefettura territorialmente competente per il rilascio di apposita autorizzazione, a seguito di accertamento dell'esistenza delle suddette condizioni oggettive.

Ad ogni modo, assicuro che i competenti uffici del MIT provvederanno a valutare ulteriormente la proposta avanzata dagli onorevoli interroganti in fase di redazione del calendario per l'anno 2015.

## ALLEGATO 3

**5-02694 D'Ottavio: Soppressione del servizio ferroviario a lunga percorrenza di collegamento della città di Torino con la Sicilia.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In risposta a quanto richiesto dagli onorevoli interroganti, occorre premettere che i treni di media/lunga percorrenza che servono la Sicilia rientrano nel Contratto di Servizio 2009-2014 stipulato tra il MIT, il MEF e Trenitalia.

Come è noto, la caratteristica di questa tipologia di treni è quella di non essere economicamente sostenibili da parte di Trenitalia e, pertanto, i Ministeri contraenti, nell'ambito delle risorse di cui dispongono, erogano corrispettivi in coerenza con quanto stabilito nel Piano economico-finanziario, inserito anch'esso nel citato Contratto.

È da considerare, inoltre, che la programmazione dei servizi contrattualizzati, che comprende, fra l'altro, numero e tipologia dei collegamenti, itinerari e fermate, tiene conto anche del livello di frequentazione dei singoli treni.

Evidenzio anche che molte risorse economiche del Contratto di Servizio media/lunga percorrenza sono ad oggi destinate a servizi di natura regionale della Sicilia, in quanto quest'ultima è l'unica regione a statuto speciale a non aver ancora avviato o sottoscritto un proprio contratto di servizio con Trenitalia.

Tale stato di cose ha determinato, insieme all'invarianza delle disponibilità economiche, l'impossibilità di realizzare tutti i collegamenti auspicati.

Purtuttavia, nel summenzionato Contratto di servizio 2009-2014 il MIT e Trenitalia hanno operato affinché all'utenza fossero offerti i migliori servizi, sempre a parità di risorse impiegate e secondo un ottimale rapporto di efficienza tra costi e benefici, anche attraverso un mix di treni IC e AV.

Ad esempio, l'offerta denominata « Notte+Av » consente all'utenza in viaggio da/per la Sicilia di utilizzare i treni notturni unitamente ai servizi AV, tra l'altro a prezzi particolarmente agevolati.

Ed è anche opportuno sottolineare che l'utilizzo dei treni compresi nella predetta offerta « Notte+Av » (con un cambio a Roma o Napoli) consente di raggiungere le località della Sicilia da Torino (e viceversa), con tempi di percorrenza notevolmente inferiori rispetto a quelli del precedente collegamento diretto notturno (sino a 3 ore in meno).

Per completezza d'informazione, riporto l'attuale offerta giornaliera di servizi ferroviari di media e lunga percorrenza da/per la Sicilia:

1 coppia di Intercity Roma-Palermo e viceversa, con sezioni da/per Siracusa;

1 coppia di Intercity Roma-Siracusa e viceversa, con sezioni da/per Palermo;

2 coppie di Intercity Notte Roma-Siracusa e viceversa, con rispettive sezioni da/per Palermo;

1 coppia di Intercity Notte Milano-Siracusa e viceversa, con sezioni da/per Palermo.

In chiusura, desidero sottolineare che il MIT ha già avviato un tavolo tecnico con Trenitalia e le regioni interessate, nell'ambito del quale verrà inserita anche la questione posta dagli onorevoli interroganti, ferma restando la necessità di reperire i fondi necessari.

ALLEGATO 4

**5-02724 Gandolfi: Carenza delle targhe di immatricolazione dei veicoli prodotte dal Poligrafico dello Stato.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

In relazione ai disservizi segnalati dall'onorevole interrogante circa la presunta carenza di targhe di immatricolazione dei veicoli presso gli Uffici della Motorizzazione civile (UMC), ritengo utile ripercorrere quanto accaduto negli ultimi mesi.

Lo scorso gennaio, l'officina targhe del Poligrafico dello Stato ha subito un blocco temporaneo della produzione legato a motivi di carattere logistico della catena costruttiva; durante tale mese si è provveduto alla fornitura agli Uffici della Motorizzazione civile attingendo da un fondo di riserva, opportunamente costituito a garanzia della continuità delle consegne.

La produzione è parzialmente ripresa nel mese di febbraio con ritmi pari alla metà di quelli consueti e dunque con ridotta consegna ai predetti uffici.

Di tale criticità il MIT ha fornito ampia informativa agli uffici periferici, sia per le vie brevi che tramite avvisi telematici, e ha immediatamente provveduto a rimodulare l'usuale programma di consegne procedendo per lotti ridotti, ma pur sempre sufficienti a garantire il fabbisogno puntuale degli uffici, anche attraverso operazioni di storno tra ufficio e ufficio.

L'attenta riprogrammazione delle consegne, di minori entità ma più capillari, ha consentito di fronteggiare la temporanea difficoltà produttiva dell'Istituto Poligrafico, con il risultato che nessun UMC è

rimasto sprovvisto di targhe, evitando in tal modo il blocco delle immatricolazioni e senza arrecare danno alcuno all'utenza.

L'Istituto Poligrafico, al fine di superare la problematica, ha comunicato di aver provveduto ad una rivisitazione del proprio assetto tecnico-organizzativo, inserendo nel ciclo produttivo delle targhe un terzo turno di lavoro giornaliero al fine di ottenere il riallineamento della produzione e l'incremento delle scorte di magazzino; ha inoltre comunicato di aver effettuato consegne, nel primo quadrimestre 2014, per un totale di 441.000 targhe (circa 1/3 del fabbisogno annuo richiesto ammonante a 1.356.000 targhe), a fronte delle 370.000 consegnate nello stesso periodo 2013.

Il *deficit* produttivo, alla luce di tali ultimi dati, può ad oggi considerarsi risolto.

Concludo evidenziando che i competenti uffici del MIT stanno effettuando un attento monitoraggio del servizio fornitura targhe al fine di garantire la presenza presso tutti gli Uffici Provinciali di un congruo e soddisfacente quantitativo di targhe per far fronte alle esigenze manifestate dal mercato, il quale, giova sottolineare, sta mostrando un continuo, seppur lieve, incremento delle immatricolazioni.

## ALLEGATO 5

**7-00322 Tullo: Disciplina dei veicoli adibiti al soccorso che effettuano trasporti sanitari.****NUOVO TESTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La IX Commissione,  
premessi che:

le società concessionarie di autostrade non riconoscono il diritto all'esenzione dal pedaggio al trasporto sanitario con veicoli di soccorso (autoambulanze) delle Associazioni di pubblica assistenza e misericordie, sostenendo che tali veicoli non hanno i requisiti per beneficiare dell'esenzione;

la società Autostrade per l'Italia spa non fornisce più i telepass esenti in comodato d'uso gratuito – prima concessi sulla base di un accordo del 1999 – alle associazioni di pubblica assistenza e misericordia, ANPAS (Associazione nazionale pubbliche assistenze) e Confederazione delle Misericordie di Italia, che svolgono sul territorio nazionale oltre il 70 per cento del trasporto sanitario in Italia;

il decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada, all'articolo 373, comma 2, lettera c), dispone che siano esentati dal pagamento del pedaggio i veicoli con targa C.R.I., nonché i veicoli delle associazioni di volontariato e degli organismi similari non aventi scopo di lucro, adibiti al soccorso nell'espletamento del relativo specifico servizio e provvisti di apposito contrassegno approvato con decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione e del Ministro dei lavori pubblici;

il decreto 15 aprile 1994 del Ministro dei trasporti e della navigazione ema-

nato di concerto con il Ministro dei lavori pubblici ha individuato il contrassegno di cui devono essere dotati i veicoli delle associazioni di volontariato e degli organismi similari non aventi scopo di lucro;

la circolare n. 3973 del 5 agosto 1997 del Ministero dei lavori pubblici stabilisce che l'esenzione dal pedaggio autostradale è concessa quando si verificano contemporaneamente le seguenti condizioni: il veicolo sia immatricolato a nome delle associazioni di volontariato, o di organismi similari non aventi scopo di lucro; esso sia adibito al soccorso e sia impegnato nell'espletamento del relativo specifico servizio; il veicolo deve essere provvisto dell'apposito contrassegno; in assenza anche di una sola delle condizioni descritte il veicolo non ha diritto all'esenzione;

la circolare 3973 definisce altresì i requisiti obbligatori dei veicoli che possono godere dell'esenzione: i veicoli devono essere immatricolati a nome di organizzazioni di volontariato legittimate ai sensi della legge quadro sul volontariato (legge n. 266 del 1991); devono essere adibiti al soccorso con equipaggiamento ed attrezzature che ne identifichino tale destinazione; devono essere impegnati nell'espletamento del relativo specifico servizio e muniti dell'apposito contrassegno esposto in modo visibile nella parte anteriore del veicolo; tale contrassegno dovrà recare impresso nella parte superiore l'anno di validità e nella parte inferiore la targa del veicolo e sarà prodotto a cura delle associazioni medesime;

il parere espresso dal Consiglio di Stato nella adunanza generale del 17 maggio 1993 in sede di esame del decreto del Presidente della Repubblica n. 575 del 1993 argomentava che « la modifica proposta (ndr, esenzione dal pedaggio per autoambulanze C.R.L.) non comporta, sotto il profilo economico – finanziario, alcun aggravio aggiuntivo per i bilanci delle società concessionarie poiché l'esenzione in questione era sempre stata praticata fino alla entrata in vigore del nuovo Codice della strada »; nello stesso parere il Consiglio di Stato sottolineava che la formulazione dell'articolo 373 del regolamento, che allora limitava l'esenzione alle sole autoambulanze della C.R.I., non teneva conto del contenuto sociale del servizio offerto dai mezzi di soccorso sanitario delle associazioni di volontariato (sostanzialmente Misericordia d'Italia ed A.N.P.A.S. che coprono circa il 70 per cento dei servizi di emergenza e trasporto di malati ed infermi che vengono effettuati sull'intero territorio) che, in tal modo, erano del tutto equiparati, nel parere del Consiglio di Stato, alle autoambulanze della C.R.I.;

una recente sentenza del Consiglio di Stato (sezione III, 7 febbraio 2013, n. 2477) ha ribadito la centralità del trasporto sanitario per la tutela della salute dei cittadini, evidenziando come: « la nozione di servizio socio sanitario deve infatti ritenersi comprensiva di qualsiasi attività diretta a promuovere la salute psicofisica e il benessere dei cittadini e quindi anche l'assistenza ed il trasporto degli infermi »;

la citata circolare n. 3973 del 5 agosto 1997 del Ministero dei lavori pubblici specifica che poiché non esiste una definizione normativa dei veicoli ad uso « soccorso » occorre valutare caso per caso tale circostanza specie se si tratta di veicoli diversi dalle autoambulanze o veicoli ad esse assimilati per il trasporto di sangue, plasma od organi da trapiantare; tanto più in considerazione del fatto che, mentre i veicoli di soccorso sanitario possono essere immatricolati per uso proprio

dalle associazioni di volontariato (che abbiano un riconoscimento statale o che siano iscritte negli albi regionali del volontariato di cui alla legge n. 266 del 1991) per il soddisfacimento di finalità statutarie, i veicoli che necessitano di titolo (licenza od autorizzazione) possono essere immatricolati solo se i soggetti richiedenti, indipendentemente dalla loro natura giuridica, sono in possesso dei prescritti requisiti; da notare che il rilascio di licenza o autorizzazione presuppone lo svolgimento di attività commerciali o comunque a scopo di lucro-attività non compatibili con le finalità proprie delle associazioni di volontariato;

sulla nozione di soccorso si è espressa la Corte di giustizia europea (CGE, sezione III, 29/A/2010 n. C-190/08), con una definizione recepita dalla sentenza del Consiglio di Stato (CDS, sezione III, 7 febbraio 2013, n. 2477) dove si afferma che « i servizi pubblici di soccorso comprendono solitamente sia i servizi di trasporto medico d'urgenza sia i servizi di trasporto sanitario qualificato... (omissis) »;

nella disciplina in materia non è stato inoltre mai chiarito se nei veicoli ad uso speciale (autoambulanze, veicoli di soccorso avanzato), possa prendere posto, oltre al personale di servizio e al paziente, anche un familiare accompagnatore, nel caso ciò venga richiesto dalla persona soccorsa, ovvero, nel caso delle automediche, persone che necessitano di assistenza (esempio dializzati); la direzione generale per la motorizzazione del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti in risposta ad un quesito del Presidente A.N.P.A.S., ha riconosciuto che in molti casi la presenza di un familiare, oltre a risultare di conforto e rassicurazione del paziente (soprattutto se minore o anziano, o psichicamente compromesso) è da considerarsi assimilabile a quella di un « addetto » con funzioni equiparabili a quelle dei sanitari a bordo;

la patente di guida di categoria B abilita alla guida di motoveicoli, esclusi i

motocicli, nonché di autoveicoli di massa complessiva non superiore a 3,5 tonnellate e il cui numero di posti a sedere, escluso quello del conducente, non è superiore a 8, anche se trainanti un rimorchio leggero ovvero un rimorchio che non ecceda la massa a vuoto del veicolo trainante e non comporti una massa complessiva totale a pieno carico per i due veicoli superiore a 3,5 tonnellate;

i veicoli di soccorso correttamente allestiti secondo quanto prescritto dal decreto ministeriale 17 dicembre 1987, n. 553, recante « Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze », e dalle direttive di sicurezza dettate dalla norma EN 1789, superano il limite citato a causa dell'equipaggiamento base previsto;

il codice della strada prevede, all'articolo 139, il rilascio di apposita patente di servizio ai soggetti già in possesso di patente di guida e abilitati allo svolgimento di compiti di polizia stradale, la cui validità è limitata alla guida di veicoli adibiti all'espletamento di compiti istituzionali dell'amministrazione di appartenenza; il regolamento recante norme per il rilascio della patente di servizio per il personale abilitato allo svolgimento di compiti di polizia stradale è stato emanato con decreto ministeriale 11 agosto 2004, n. 246; tale patente consente di evitare, in caso di violazione di norme del codice della strada nello svolgimento di tali compiti di interesse generale e di pubblica utilità, che tali soggetti vadano incontro a sanzioni sulla patente di guida; non è prevista una patente di servizio analoga per i conducenti veicoli di soccorso;

restano pertanto esclusi dal possibilità di ottenere patenti di servizio, ad esempio, i conducenti delle autoambulanze del servizio emergenza 118, nonché i conducenti dei veicoli assimilati adibiti al trasporto di plasma ed organi, gli autisti

d'ambulanza e dei veicoli di soccorso avanzato appartenenti alle associazioni di volontariato e gli autisti dei mezzi della protezione civile,

impegna il Governo:

a disporre, nell'immediato, tutte le iniziative necessarie, anche normative, per:

a) definire e rendere individuabili i veicoli adibiti al soccorso;

b) concedere telepass per l'esenzione dal pedaggio autostradale in comodato d'uso gratuito senza aggravii burocratici ed organizzativi ai veicoli di soccorso delle associazioni di volontariato, modificando o integrando le concessioni in essere su tutte le autostrade italiane, senza oneri per il bilancio dello Stato;

c) modificare l'articolo 54 del codice della strada esplicitando che fra i soggetti ammessi a viaggiare sul veicolo di soccorso possono essere compresi anche eventuali familiari accompagnatori dell'assistito;

ad emanare un apposito decreto ministeriale al fine di prevedere norme tecniche ed amministrative per autoveicoli speciali, diversi dalle ambulanze, destinati al trasporto di persone in particolari condizioni;

a valutare la possibilità di assumere iniziative per introdurre opportune modifiche ed integrazioni all'articolo 139 del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, allo scopo di prevedere il rilascio della patente di servizio anche ai conducenti di autoambulanze, veicoli di soccorso avanzato, veicoli assimilati adibiti al trasporto di plasma ed organi, immatricolati da associazioni di volontariato.

(8-00060)

« Tullo, Fossati ».

## X COMMISSIONE PERMANENTE

### (Attività produttive, commercio e turismo)

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

##### ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE. Atto n. 90 (*Seguito esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio*) ..... 200

##### SEDE CONSULTIVA:

DL 74/2014 recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) (*Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazione*) ..... 203

ALLEGATO 1 (*Proposta di parere del Relatore*) ..... 204

ALLEGATO 2 (*Parere approvato dalla Commissione*) ..... 205

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 203

#### ATTI DEL GOVERNO

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Guglielmo EPIFANI. — Interviene il viceministro dello sviluppo economico, Claudio De Vincenti.*

#### **La seduta comincia alle 14.10.**

**Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE.**

**Atto n. 90.**

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

La Commissione prosegue l'esame dello Schema di decreto all'ordine del giorno, rinviato nella seduta del 3 giugno 2014.

Gianluca BENAMATI (PD), *relatore*, illustra alla Commissione le linee generali della proposta di parere che intende formalizzare in una successiva seduta sullo schema di decreto in titolo. Nel formulare tale proposta di parere ha tenuto conto dei suggerimenti e delle sollecitazioni che sono emersi nel corso del dibattito da parte di tutti i gruppi parlamentari, nonché delle criticità evidenziate durante le audizioni svolte in sede congiunta con il Senato. Ha ritenuto altresì di tenere nella dovuta considerazione le proposte di modifica contenute nel parere espresso dalla Conferenza Stato Regioni e che è stato recentemente trasmesso al Parlamento.

Passando all'illustrazione nel merito della proposta di parere sottolinea, innanzitutto, la necessità di un rafforzamento del coordinamento operativo di tutti i soggetti pubblici coinvolti negli interventi di riqualificazione previsti sul patrimonio

edilizio della PA nonché delle misure economiche previste nel provvedimento in esame, valutando altresì l'opportunità di un loro incremento.

Un'altra questione di assoluta rilevanza, che ritiene di inserire nel parere, riguarda la definizione del ruolo delle regioni e degli enti locali rispetto al conseguimento degli obiettivi del risparmio energetico nazionale previsti. Il contributo delle autonomie locali al conseguimento degli obiettivi nazionali globali, aggiuntivi alle attività di efficientamento degli edifici della PA centrale, deve essere concordato.

Con riferimento in particolare all'articolo 7 ritiene che il Governo dovrebbe intervenire al fine di rafforzare l'efficacia dei titoli di efficienza energetica anche al fine di scongiurare il verificarsi di comportamenti speculativi. In particolare il Governo dovrebbe valutare la possibilità di intervenire su diversi parametri quali ad esempio la soglia dimensionale di accesso al titolo e gli effetti di risparmio anche indiretti prodotti negli interventi.

Con riferimento all'articolo 9 ed in particolare riguardo alla gestione e al trattamento dei dati energetici, ritiene siano necessari azioni finalizzate ad evitare, duplicazioni, di soggetti e di azioni creino oneri burocratici e costi a carico dei consumatori e delle aziende. Sempre con riferimento all'articolo 9 evidenzia l'opportunità di una modifica relativa alle disposizioni in materia di fatturazioni dei servizi energetici, che modificano l'attuale fatturazione bimestrale, allo scopo di evitare il rischio di un allungamento dei tempi di incasso e un aumento delle morosità.

In relazione al nuovo Fondo sull'efficienza energetica, previsto all'articolo 15 dello schema di decreto in esame, finanziato con le risorse di cui all'articolo 22 del decreto legislativo n. 28 del 2011 evidenzia la necessità di considerare la presenza di una sezione del nuovo Fondo dedicata allo sviluppo per le reti e gli impianti di teleriscaldamento. A tale riguardo sottolinea l'importanza delle attribuzioni riconosciute alla Autorità per l'energia, il gas e il sistema idrico in merito

alla definizione di nuove regole in materia di teleriscaldamento, puntualizzando che tale intervento deve avere come scopo primario il sostegno alla promozione del teleriscaldamento medesimo.

Con riferimento all'articolo 11, le cui disposizioni assegnano all'Autorità compiti di ampia portata tali da ridisegnare in maniera significativa ampie parti del sistema energetico nazionale, ritiene che le indicazioni normative previste non siano sufficientemente definite e suggerisce per determinate lettere del comma 1 del citato articolo, la previsione di indirizzi maggiormente dettagliati e la previsione di un passaggio parlamentare di verifica.

Sempre in riferimento all'articolo 11, concernente la revisione del sistema delle tariffe, appare opportuno disporre che in sede di revisione della struttura tariffaria vigente l'Autorità per l'energia garantisca in ogni caso la tutela dei diritti dei consumatori economicamente più deboli nonché il mantenimento di una struttura atta a stimolare comportamenti virtuosi da parte dei cittadini.

In relazione a progetti di efficienza energetica di grandi dimensioni, disciplinati all'articolo 14, ritiene opportuno al fine di conseguire gli obiettivi nazionali di efficienza energetica che possa essere prevista una proroga dei progetti in scadenza entro il 2014 a determinate condizioni di vantaggio dal punto di vista non solo energetico ma ambientale, di protezione della salute e di salvaguardia occupazionale.

Rispetto alla procedura prevista per l'approvazione del Piano d'azione nazionale per l'efficienza energetica (PAEE) ritiene opportuno la sua semplificazione, al fine di evitare eccessivi ritardi nella sua adozione.

Per quanto riguarda l'ENEA; ricorda che tale organismo è chiamato a esercitare nuovi compiti di controllo e verifica: così come suggerito nell'ambito delle audizioni svolte auspica che il Governo svolga un'ulteriore riflessione sulla congruità delle risorse finanziarie previste.

Infine evidenzia l'importanza di valorizzare il ruolo della Consip anche in

relazione alla fornitura di beni e servizi funzionale alla realizzazione degli interventi di riqualificazione energetica da parte di soggetti privati.

In conclusione ritiene siano queste alcune fra le principali linee della proposta di parere favorevole che intende proporre alla Commissione, e si dichiara comunque disponibile a recepire eventuali ulteriori suggerimenti che dovessero emergere nel prosieguo del dibattito.

Davide CRIPPA (M5S) chiede al relatore di poter avere la bozza della proposta di parere al fine di meglio comprendere le osservazioni testé illustrate.

Intende chiedere al Governo ulteriori tre chiarimenti: il primo relativo all'autolettura, di cui all'articolo 9, comma 6, lettera a), del decreto legislativo. In base alla formulazione del testo non risulta chiaro se l'autolettura sia sostitutiva dell'obbligo dell'unica lettura in capo al fornitore di energia, oppure sia complementare rispetto ai controlli dei gestori.

Il secondo quesito riguarda la garanzia di origine rilasciata dal GSE (articolo 10, comma 12). Nel testo si fa riferimento anche alla garanzia di origine rilasciata da altri Paesi dell'Unione europea e al riguardo intende capire se la quota parte di cogenerazione di un singolo Paese possa essere raggiunta utilizzando l'energia da cogenerazione prodotta da un altro Paese europeo in cui, ad esempio, il gas costa meno.

Il terzo quesito riguarda l'articolo 16, comma 1, che prevede la possibilità di irrogare sanzioni da parte del MiSE nei confronti delle imprese a forte consumo di energia che non effettuano la diagnosi energetica. Chiede se il MiSE possa emettere sanzioni dal momento che si tratta di una competenza generalmente attribuita all'Autorità.

Ignazio ABRIGNANI (FI-PdL) si associa alla richiesta del collega Crippa di avere a breve copia della bozza della proposta di parere predisposta dal relatore, che ringrazia per l'esauritivo approfondimento del provvedimento in esame. Chiede se, dal

punto di vista procedurale, il testo del decreto legislativo che sarà definitivamente adottato dal Governo in seguito alla deliberazione dei pareri e dei rilievi parlamentari e della Conferenza Unificata, sarà nuovamente sottoposto all'attenzione della Commissione prima della scadenza della delega.

Guglielmo EPIFANI, *presidente*, sottolinea che, dopo la deliberazione del parere da parte delle competenti Commissioni, non sono previsti ulteriori adempimenti parlamentari nella predisposizione del testo definitivo dello schema di decreto in esame che compete al Governo.

Il viceministro Claudio DE VINCENTI, con riferimento alle questioni poste dal deputato Crippa, osserva che i controlli sull'adempimento dell'obbligo di diagnosi energetica nei confronti della grande impresa sono demandati all'Enea che comunica eventuali inadempienze al Ministero dello sviluppo economico, soggetto competente all'irrogazione delle sanzioni. Del resto, il Ministero irroga sanzioni nella procedura relativa all'*Emission Trading System* (ETS). Relativamente alla certificazione di origine del calore cogenerato, rileva l'esigenza di qualificare il calore prodotto in modalità di cogenerazione ad altro rendimento (CAR) che gode di una serie di benefici.

Davide CRIPPA (M5S) ribadisce la domanda se ciò significhi che uno Stato membro può soddisfare la sua quota parte di cogenerazione ricorrendo all'energia da cogenerazione prodotta da un altro Paese europeo.

Il viceministro Claudio DE VINCENTI precisa che uno Stato membro non ha nessun obbligo quantitativo di produrre calore in modalità CAR. L'indicazione dell'Unione europea è di promuovere le reti di teleriscaldamento in modalità CAR.

Con riferimento al primo quesito posto dall'onorevole Crippa, comunica che l'autolettura richiamata dal testo del decreto ha carattere sostitutivo: l'utente comunica

il proprio consumo al fornitore di energia che ne deve tenere conto, posto che è nell'interesse della società verificare la veridicità dei dati forniti dal cliente.

Dichiara quindi di condividere le osservazioni che il relatore Benamati intende formulare nella proposta di parere, che potranno essere più specificamente valutate una volta che sia stata formalmente presentata tale proposta. Sottolinea che il Governo terrà in particolare considerazione l'esigenza di un maggiore coordinamento delle attività e delle misure da assumere nei confronti delle pubbliche amministrazioni. Ricorda che anche nei rilievi deliberati sull'atto in esame dalla Commissione Ambiente si chiedeva esplicitamente un ruolo di coordinamento in capo al Ministero dello sviluppo economico e al Ministero dell'ambiente, sull'insieme delle politiche per l'efficienza energetica, con particolare riferimento all'efficientamento del patrimonio edilizio pubblico, anche attraverso l'istituzione di una struttura nazionale di supporto. Ritiene si tratti di un'esigenza assolutamente condivisibile, al pari delle altre osservazioni formulate dal relatore Benamati, al quale ribadisce la richiesta di avere quanto prima il testo della proposta di parere.

Gianluca BENAMATI (PD) assicura che fornirà tempestivamente alla Commissione al Governo il testo della proposta di parere dimostrando disponibilità ad accogliere eventuali ulteriori osservazioni.

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

**La seduta termina alle 14.55.**

SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Guglielmo EPIFANI.*

**La seduta comincia alle 14.55.**

**DL 74/2014 recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

*(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazione).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, iniziato nella seduta del 28 maggio 2014.

Daniele MONTRONI (PD), *relatore*, illustra una proposta di parere favorevole (*vedi allegato 1*).

Ignazio ABRIGNANI (FI-PdL), nel condividere i rilievi critici individuati dal relatore nelle premesse della proposta di parere, riterrebbe opportuno prevedere un'osservazione volta ad impegnare la Commissione di merito sulla possibilità di introdurre nel testo adeguate disposizioni per fronteggiare tali punti di criticità.

Gianluca BENAMATI (PD) concorda con la proposta del collega Abrignani.

Daniele MONTRONI (PD), *relatore*, riformula la proposta di parere prevedendo l'osservazione suggerita dal collega Abrignani (*vedi allegato 2*).

La Commissione approva la proposta di parere del relatore, come riformulata.

**La seduta termina alle 15.10.**

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO  
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.10 alle 15.30.

## ALLEGATO 1

**DL 74/2014 recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo.**

**PROPOSTA DI PARERE DEL RELATORE**

La X Commissione Attività produttive, commercio e turismo,

esaminato il disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 74 del 2014, recante *Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali* (C. 2365 Governo);

apprezzato l'intento principale dell'intervento, che è quello di garantire la ricostruzione e la ripresa delle attività economiche nei territori dei comuni, già colpiti dal sisma del 20 e 29 maggio 2012 e interessati anche da una serie di eventi alluvionali successivi;

sottolineata l'opportunità che il Governo riesca a provvedere, in questo o in altri interventi, anche in relazione a comuni di altre regioni colpiti da eventi atmosferici di eccezionale gravità nei mesi di gennaio e febbraio 2014 (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lazio), coerentemente con le valutazioni e gli impegni contenuti nelle mozioni approvate dalla Camera dei deputati nella seduta del 25 marzo 2014;

segnalando la necessità di informare il Governo sul dato che i premi assicurativi

dell'INAIL a carico di numerose realtà produttive dell'area colpita dal sisma del 2012 sembrano essere aumentati in misura anche considerevole a causa di danni e incidenti causati non già da negligenza delle imprese ma dal terremoto medesimo;

segnalando inoltre come in questi giorni, alle imprese che avevano acceso mutui per il pagamento delle imposte siano pervenute formali richieste, da parte degli istituti di credito, di rinegoziazione dei contratti prevedendo il pagamento della prima rata entro il 30 giugno 2014;

rilevando in tal senso che l'articolo 3-bis del decreto legge 28 gennaio 2014, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2014, n. 5, può oggettivamente prestarsi ad interpretazioni diverse, mentre nello spirito del legislatore, e senz'altro nelle attese delle aziende, era l'intenzione che la proroga dei due anni non costituisse una diluizione del debito quanto una sua sospensione;

ritenendo quindi opportuno che il Governo si attivi con adeguate verifiche e monitoraggi;

delibera di esprimere

**PARERE FAVOREVOLE**

## ALLEGATO 2

**DL 74/2014 recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La X Commissione Attività produttive, commercio e turismo,

esaminato il disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 74 del 2014, recante *Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali.* (C. 2365 Governo);

apprezzato l'intento principale dell'intervento, che è quello di garantire la ricostruzione e la ripresa delle attività economiche nei territori dei comuni, già colpiti dal sisma del 20 e 29 maggio 2012 e interessati anche da una serie di eventi alluvionali successivi;

sottolineata l'opportunità che il Governo riesca a provvedere, in questo o in altri interventi, anche in relazione a comuni di altre regioni colpiti da eventi atmosferici di eccezionale gravità nei mesi di gennaio e febbraio 2014 (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lazio), coerentemente con le valutazioni e gli impegni contenuti nelle mozioni approvate dalla Camera dei deputati nella seduta del 25 marzo 2014;

segnalando la necessità di informare il Governo sul dato che i premi assicurativi dell'INAIL a carico di numerose realtà

produttive dell'area colpita dal sisma del 2012 sembrano essere aumentati in misura anche considerevole a causa di danni e incidenti causati non già da negligenza delle imprese ma dal terremoto medesimo;

segnalando inoltre come in questi giorni, alle imprese che avevano acceso mutui per il pagamento delle imposte siano pervenute formali richieste, da parte degli istituti di credito, di rinegoziazione dei contratti prevedendo il pagamento della prima rata entro il 30 giugno 2014;

rilevando in tal senso che l'articolo 3-bis del decreto legge 28 gennaio 2014, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2014, n. 5, può oggettivamente prestarsi ad interpretazioni diverse, mentre nello spirito del legislatore, e senz'altro nelle attese delle aziende, era l'intenzione che la proroga dei due anni non costituisse una diluizione del debito quanto una sua sospensione;

delibera di esprimere

**PARERE FAVOREVOLE**

*con la seguente osservazione:*

valuti la Commissione di merito la possibilità di introdurre adeguate disposizioni per fronteggiare i punti di criticità indicati nelle premesse.

## XI COMMISSIONE PERMANENTE

### (Lavoro pubblico e privato)

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

##### SEDE CONSULTIVA:

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012. C. 2275 Governo, approvato dal Senato (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	206
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato</i> ) .....	209
INDAGINE CONOSCITIVA:	
Indagine conoscitiva sulla gestione dei servizi per il mercato del lavoro e sul ruolo degli operatori pubblici e privati ( <i>Deliberazione</i> ) .....	207
ALLEGATO 2 ( <i>Programma dell'indagine</i> ) .....	210
INDAGINE CONOSCITIVA:	
Sulla pubblicità dei lavori .....	208
Indagine conoscitiva sui rapporti di lavoro presso i <i>call center</i> presenti sul territorio italiano. Audizione di rappresentanti dell'INPS ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	208
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	208

##### SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Walter RIZZETTO.*

**La seduta comincia alle 14.05.**

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012.**

**C. 2275 Governo, approvato dal Senato.**  
(Parere alla III Commissione).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Giorgio PICCOLO (PD), *relatore*, segnala che la Commissione è chiamata ad esprimere il proprio parere alla III Commissione sul disegno di legge recante ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, già approvato dal Senato. Fa notare che si tratta di un accordo importante nel quadro dei rapporti bilaterali tra i due Paesi, ai quali è stato dato un rinnovato impulso a partire dal 2004, in occasione del 120° anniversario delle relazioni diplomatiche tra l'Italia e la Corea del Sud. L'accordo intensifica la collaborazione tra i due Stati, agevolando le procedure amministrative che si applicano all'ingresso ed al soggiorno per lunghi periodi di vacanza dei loro cittadini più giovani, con possibilità di svolgere

un'esperienza lavorativa, a completamento della rispettiva disponibilità dei mezzi finanziari.

Quanto al contenuto dell'Accordo, che si compone di un preambolo e di otto articoli, per quanto concerne i profili di interesse della XI Commissione, segnala, in particolare, che gli articoli 1 e 2 specificano requisiti e condizioni per il rilascio di visti per vacanze-lavoro, della durata di dodici mesi con ingressi multipli, a favore di cittadini coreani e italiani, secondo principi di piena e totale reciprocità. Fa presente che si prevede, in particolare, che i soggetti richiedenti abbiano un'età compresa tra i 18 e i 30 anni e non abbiano familiari al seguito; siano in possesso di un passaporto di validità non inferiore a 18 mesi; siano in possesso altresì di un titolo di viaggio di andata e ritorno o dei fondi sufficienti per acquistarlo; siano in possesso di fondi sufficienti al proprio mantenimento durante il periodo di soggiorno nel territorio dell'altra Parte contraente, e in conformità alla normativa in essa vigente; abbiano come obiettivo prioritario di trascorrere un periodo di vacanza nel territorio dell'altra Parte, all'interno del quale un lavoro sia solo un aspetto marginale e non ragione principale del soggiorno; siano in possesso di un'assicurazione medica e di copertura globale delle spese ospedaliere valida per tutta la durata del loro soggiorno nel territorio dell'altra Parte contraente; dimostrino, infine, di non avere condanne penali a carico.

In tale ambito, fa notare che viene altresì richiamato il rispetto delle legislazioni nazionali in materia di lavoro e di previdenza sociale, nonché in materia di soggiorno, con la precisazione che il permesso di soggiorno non è estendibile né convertibile. In particolare, osserva che è richiesto ai cittadini di ciascuna Parte di non assumere impegni di lavoro contrari allo spirito della vacanza-lavoro, come ad esempio l'assunzione di lavori a tempo indeterminato. Inoltre, si specifica che i cittadini italiani o coreani che hanno fatto ingresso nel territorio dell'altra Parte mu-

niti di visto per vacanze-lavoro potranno svolgere attività lavorativa per un periodo complessivo non superiore a sei mesi con lo stesso datore di lavoro.

Rileva che il disegno di legge non comporta oneri finanziari, poiché i visti per vacanze-lavoro saranno soggetti alle stesse tariffe dei visti ordinari, né richiede l'adozione di ulteriori atti normativi interni e può costituire un valido strumento per favorire il rafforzamento dei rapporti con la Corea del Sud e, in particolare, l'incremento, già registrato in tempi recenti, dei flussi turistici sud-coreani verso l'Europa.

In conclusione, preso atto dei profili di interesse della Commissione, propone di esprimere un parere favorevole sul provvedimento (*vedi allegato 1*).

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere favorevole formulata dal relatore.

**La seduta termina alle 14.10.**

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del vicepresidente Walter RIZZETTO.*

**La seduta comincia alle 14.10.**

**Indagine conoscitiva sulla gestione dei servizi per il mercato del lavoro e sul ruolo degli operatori pubblici e privati.**

*(Deliberazione).*

Walter RIZZETTO, *presidente*, avverte che, sulla base di quanto convenuto nella riunione dell'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, del 28 maggio 2014, è stata acquisita l'intesa con il Presidente della Camera, ai sensi dell'articolo 144 del Regolamento, per lo svolgimento di un'indagine conoscitiva sulla gestione dei servizi per il mercato del lavoro e sul ruolo degli operatori pubblici e privati.

Propone, pertanto, di procedere alla deliberazione della predetta indagine conoscitiva, nei tempi e con le modalità illustrate nel relativo programma (*vedi allegato 2*).

La Commissione approva la proposta del Presidente.

**La seduta termina alle 14.15.**

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Cesare DAMIANO.*

**La seduta comincia alle 14.35.**

#### Sulla pubblicità dei lavori.

Cesare DAMIANO, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata, oltre che mediante l'impianto audiovisivo a circuito chiuso, anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati.

**Indagine conoscitiva sui rapporti di lavoro presso i call center presenti sul territorio italiano.**

#### Audizione di rappresentanti dell'INPS.

*(Svolgimento e conclusione).*

Cesare DAMIANO, *presidente*, introduce l'audizione, avvertendo che i rappresentanti dell'INPS hanno consegnato un documento, di cui autorizza la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Mauro NORI, *direttore generale dell'INPS*, e Rosanna CASELLA, *direttore della Direzione centrale risorse strumentali*

*dell'INPS*, svolgono una relazione sui temi oggetto dell'indagine conoscitiva.

Intervengono, per porre quesiti e formulare osservazioni, i deputati Walter RIZZETTO (M5S) e Luisella ALBANELLA (PD), nonché Cesare DAMIANO, *presidente*.

Rosanna CASELLA, *direttore della Direzione centrale risorse strumentali dell'INPS*, e Mauro NORI, *direttore generale dell'INPS*, in sede di replica, rendono precisazioni rispetto ai quesiti posti.

Intervengono, per porre ulteriori quesiti e formulare ulteriori osservazioni, i deputati Claudio COMINARDI (M5S), Cesare DAMIANO, *presidente*, e Walter RIZZETTO (M5S), ai quali replicano Mauro NORI, *direttore generale dell'INPS*, e Rosanna CASELLA, *direttore della Direzione centrale risorse strumentali dell'INPS*.

Cesare DAMIANO, *presidente* dopo aver svolto alcune considerazioni conclusive sulle questioni affrontate nel corso dell'audizione, ringrazia i rappresentanti dell'INPS per il contributo fornito all'indagine e dichiara conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15.20.**

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

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

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

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

## ALLEGATO 1

**Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012 (C. 2275 Governo, approvato dal Senato).**

**PARERE APPROVATO**

La XI Commissione,

esaminato il disegno di legge di ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012, approvato dal Senato (C. 2275);

rilevato che il provvedimento intensifica la collaborazione tra Italia e Corea del Sud, agevolando le procedure amministrative che si applicano all'ingresso ed al soggiorno per lunghi periodi di vacanza dei loro cittadini più giovani, con possibilità di svolgere un'esperienza lavorativa, a completamento della propria disponibilità di mezzi finanziari;

considerate le norme dell'Accordo riconducibili a materie di competenza della XI Commissione e, in particolare, gli articoli 1 e 2, che specificano requisiti e condizioni per il rilascio di visti per vacanze-lavoro, della durata di dodici mesi con ingressi multipli, a favore di cittadini coreani e italiani, secondo principi di piena e totale reciprocità;

ritenuto che il disegno di legge possa costituire un valido strumento per favorire il rafforzamento dei rapporti con la Corea del Sud, promuovendo un ulteriore incremento dei flussi turistici sud-coreani,

esprime

**PARERE FAVOREVOLE**

## ALLEGATO 2

**Indagine conoscitiva sulla gestione dei servizi per il mercato del lavoro  
e sul ruolo degli operatori pubblici e privati.****PROGRAMMA DELL'INDAGINE**

La consapevolezza che i servizi per il lavoro costituiscono un presupposto essenziale per promuovere l'occupazione e favorire l'incontro tra domanda e offerta è andata crescendo nel corso degli anni, in parallelo con l'apertura del relativo mercato e l'affermarsi di modalità di cooperazione tra operatori pubblici e privati.

In Italia, a fronte di un sistema normativo avanzato (che dopo il superamento del monopolio pubblico del collocamento ad opera della « legge Treu » del 1997 e, soprattutto, a partire dalla « Legge Biagi » del 2003, ha visto una crescita costante del numero dei soggetti operanti nel settore), il livello dei servizi resi dal sistema nel suo complesso, in termini quantitativi e qualitativi, resta ancora insoddisfacente. I dati dimostrano che la nuova occupazione intermedia dai Centri pubblici per l'impiego è molto bassa, mentre la collaborazione tra operatori pubblici (oltre ai Centri per l'impiego si tratta, in particolare, delle Università, delle istituzioni scolastiche e degli enti locali) e privati (*in primis* le agenzie per il lavoro), sebbene in un quadro assai diversificato sul territorio nazionale, nel complesso è ancora assai limitata.

L'inefficienza di questo sistema, che dovrebbe invece costituire l'infrastruttura portante di un mercato del lavoro aperto e dinamico, si traduce in periodi di disoccupazione più lunghi, interventi formativi spesso inefficaci, ridotta occupabilità, disallineamento tra le competenze richieste e quelle offerte e, in ultimo, in maggiori costi per tutti (connessi anche all'esigenza di stanziare maggiori risorse per il finanziamento degli ammortizzatori sociali).

Con la presente indagine conoscitiva la Commissione lavoro intende comprendere le cause che impediscono ai diversi attori presenti nel settore di operare in modo sinergico e funzionale. L'attività conoscitiva, in particolare, dovrà focalizzarsi sull'assetto istituzionale, sulle competenze attribuite dalla legge a ciascuno degli operatori del settore (anche al fine di rilevare eventuali incongruenze o sovrapposizioni), sugli incentivi (anche impliciti) che muovono il sistema e i suoi attori, nonché sui diversi modelli di cooperazione tra pubblico e privato.

In tale quadro si dovrà tenere anche conto, ovviamente, dell'evoluzione del dibattito al Senato sul disegno di legge governativo n. 1428, che conferisce un'ampia delega al Governo per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e per le politiche attive, individuando puntuali criteri di intervento e, in particolare, prevedendo l'istituzione di una Agenzia nazionale per l'occupazione.

Allo stesso tempo sarà sicuramente utile verificare il concreto funzionamento dei servizi all'impiego (intesi come risultante dell'attività prestata dal complesso degli operatori pubblici e privati) in alcuni territori regionali, operando un raffronto che consenta di far emergere le migliori pratiche in termini di risultati occupazionali e formativi.

Analoga verifica potrà essere estesa, poi, ad altri Paesi europei, avendo cura di selezionare le esperienze più assimilabili a quella italiana, soprattutto per quanto concerne la bassa incidenza della spesa per le strutture pubbliche (per le quali – quanto meno nel medio periodo – non

sembra ipotizzabile, a fronte degli stringenti vincoli di bilancio, un significativo aumento delle risorse umane e finanziarie oggi assegnate).

Ferma restando, in ogni caso, l'esigenza di rafforzare le capacità operative dei Centri per l'impiego (i quali non dovranno, tuttavia, costituire, in quanto tali, l'oggetto principale dell'indagine, poiché molti dei profili problematici relativi al loro funzionamento sono stati affrontati nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle misure per fronteggiare l'emergenza occupazionale, con particolare riguardo alla disoccupazione giovanile, conclusa dalla Commissione il 16 ottobre 2013), si tratta di capire in che modo, in un contesto di risorse ridotte, tali strutture possono comunque essere utilizzate al meglio, soprattutto per quanto attiene alla profilazione dei lavoratori che ad essi si rivolgono e all'individuazione dei soggetti chiamati alla successiva presa in carico e alla erogazione di servizi personalizzati.

Infine, l'indagine conoscitiva potrà essere l'occasione per una verifica sul campo dell'attuazione della Garanzia Giovani, che costituisce il banco di prova per il rilancio del sistema dei servizi all'impiego nel nostro Paese.

A tal fine, l'indagine si articolerà nelle audizioni dei seguenti soggetti:

Ministro del lavoro e delle politiche sociali;

Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

rappresentanti degli enti territoriali con competenze in materia;

ISFOL;

Italia Lavoro S.p.a.;

associazioni di categoria delle agenzie private per il lavoro;

rappresentanti delle diverse categorie di soggetti autorizzati alle attività di intermediazione e dei soggetti accreditati a livello regionale;

associazioni rappresentative dei consulenti del lavoro;

rappresentanti del Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e degli esperti contabili;

rappresentanti delle parti sociali;

esponenti del mondo accademico;

esperti e centri di ricerca, associazioni e istituti, anche di carattere universitario, nonché organismi, nazionali e internazionali specializzati sulla materia, in grado di fornire elementi di valutazione e di informazione anche a livello comparato, con particolare riferimento ai modelli utilizzati in altri Paesi membri dell'Unione europea.

Il termine per la conclusione dell'indagine conoscitiva è fissato per il mese di ottobre del 2014.

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

#### SEDE CONSULTIVA:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i> ) .....	212
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	220

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Testo unificato C. 101 Binetti, C. 102 Binetti, C. 267 Fucci, C. 433 Mongiello, C. 1596 Baroni, C. 1718 Iori, C. 1633 Formisano e C. 1812 Giorgia Meloni ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	214
ALLEGATO 2 ( <i>Emendamenti e articoli aggiuntivi approvati</i> ) .....	221
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	218
AVVERTENZA .....	219

#### SEDE CONSULTIVA

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo Vargiu.*

**La seduta comincia alle 12.45.**

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali.**

**C. 2365 Governo.**

(Parere alla VIII Commissione).

*(Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, avverte che la Commissione è oggi convocata, in sede consultiva, sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 74 del 2014, recante « Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali » (C. 2365), per il parere alla VIII Commissione (Ambiente, territorio e lavori pubblici).

Da, quindi, la parola alla relatrice, on. Paola Bragantini, per lo svolgimento della relazione.

Paola BRAGANTINI (PD), *relatore*, fa presente che il decreto-legge in titolo, sul quale la Commissione è chiamata a esprimere il parere alla VIII Commissione per

le parti di propria competenza, si compone di tre articoli.

L'articolo 1 autorizza il presidente della regione Emilia-Romagna, in qualità di Commissario delegato per la ricostruzione a seguito del terremoto del maggio 2012, ad operare per l'attuazione degli interventi per il ripristino e la ricostruzione, l'assistenza alle popolazioni e la ripresa economica nei territori dei comuni interessati dagli eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014 (individuati dall'articolo 3 del recente decreto-legge n. 4 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 50 del 2014), nonché dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, individuati a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 9 maggio 2013.

L'articolo 2 integra il Fondo per le emergenze nazionali con le risorse iscritte nel bilancio della Presidenza del Consiglio dei Ministri che risultano ancora disponibili in relazione alla mancata attivazione degli interventi previsti da specifiche disposizioni legislative a seguito di calamità naturali, mentre l'articolo 3 dispone sull'entrata in vigore del decreto.

Per quanto concerne specificamente la competenza della XII Commissione, richiama la disposizione di cui al comma 8 dell'articolo 1, laddove si prevede che il Commissario delegato autorizzi la concessione di contributi per il ripristino di opere pubbliche o di interesse pubblico, beni culturali, strutture pubbliche adibite ad attività sociali, socio-sanitarie e socio-educative, sanitarie, ricreative, sportive e religiose, edifici di interesse storico-artistico, che abbiano subito danni dagli eventi alluvionali nel limite delle risorse di cui al comma 5. Quest'ultima norma consente al presidente della regione Emilia-Romagna, nella sua veste di Commissario delegato, di destinare la somma complessiva di 210 milioni di euro, per gli anni 2014 e 2015, per una serie di interventi tra cui, appunto, quelli previsti dal comma 8 dell'articolo 1.

Rileva altresì che, mentre il comma 1 dell'articolo 1 ricomprende tra i territori

interessati dalle disposizioni del decreto anche quelli colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013, nei commi 3, 4, 7 e 8 del medesimo articolo si fa riferimento solo agli « eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014 ».

Dopo aver fatto presente che presso la Commissione di merito è in corso un dibattito afferente all'opportunità di estendere la normativa prevista dal decreto-legge in oggetto anche ad altri eventi atmosferici oltre a quelli espressamente considerati, preannuncia la presentazione di una proposta di parere favorevole, che tenga conto delle considerazioni svolte nonché degli ulteriori rilievi che dovessero emergere dalla discussione.

Andrea CECCONI (M5S), dopo aver precisato di non avere obiezioni da esprimere per quanto riguarda il provvedimento in esame, nella parte in cui prevede il rifinanziamento di interventi volti a fare fronte alle conseguenze dannose derivanti da alcuni eventi calamitosi, fa notare tuttavia come a suo avviso sarebbe stato opportuno predisporre una normativa di carattere organico, in modo da ricomprendere anche altri eventi atmosferici, come ad esempio l'alluvione che ha colpito Senigallia.

Ritiene, pertanto, che il testo del decreto-legge dovrebbe essere modificato nel senso indicato, attraverso l'approvazione di emendamenti presso la Commissione in sede referente ovvero nel prosieguo dell'esame in Assemblea.

Gian Luigi GIGLI (PI) rileva che, poiché il decreto-legge prende in considerazione, oltre al terremoto dell'Emilia-Romagna, anche alcuni eventi calamitosi, sarebbe opportuno richiamare l'attenzione della Commissione di merito su altri eventi, che hanno colpito regioni diverse, come l'alluvione ricordata dal deputato Cecconi ovvero le nevicate eccezionali che hanno colpito la regione Veneto.

Ricorda che in tal senso sono state approvate anche delle mozioni da parte dell'Assemblea, presentate da vari gruppi parlamentari.

Ravvisa pertanto l'esigenza di inserire, nel parere che la Commissione affari sociali sta per approvare, un'osservazione volta a rappresentare alla Commissione di merito l'opportunità di considerare la necessità di seguire un approccio organico rispetto al tema delle calamità naturali che si sono abbattute di recente su varie zone del Paese.

Paola BRAGANTINI (PD), *relatore*, formula una proposta di parere che tiene conto delle considerazioni svolte nella relazione introduttiva nonché dei rilievi emersi dagli interventi svoltisi nella successiva discussione. Procede, quindi, a illustrare tale proposta (*vedi allegato 1*).

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

**La seduta termina alle 13.**

#### SEDE REFERENTE

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 13.**

**Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico.**

**Testo unificato C. 101 Binetti, C. 102 Binetti, C. 267 Fucci, C. 433 Mongiello, C. 1596 Baroni, C. 1718 Iori, C. 1633 Formisano e C. 1812 Giorgia Meloni.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 3 giugno 2014.

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

Ricorda quindi che nella seduta di ieri, la Commissione ha votato gli emendamenti riferiti all'articolo 8 del testo unificato, per cui si procederà ora all'esame degli emendamenti presentati all'articolo 9.

Da, quindi, la parola al relatore e al rappresentante del Governo per l'espressione dei rispettivi pareri.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, esprime parere favorevole sull'emendamento Di Vita 9.1 e Grillo 9.2, a condizione che sia riformulato nel senso di riferirlo al comma 2 anziché al comma 1 dell'articolo 9.

Invita poi al ritiro i presentatori degli identici emendamenti Silvia Giordano 9.3 e Di Lello 9.4.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del relatore.

La Commissione approva l'emendamento Di Vita 9.1 (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (M5S) accoglie la proposta di riformulazione dell'emendamento Grillo 9.2, avanzata dal relatore.

La Commissione approva l'emendamento Grillo 9.2, come riformulato (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento Silvia Giordano 9.3, teso a ridurre a sei mesi il termine entro il quale i tagliandi delle lotterie istantanee prodotti fino all'entrata in vigore della legge in esame possono essere comunque posti in vendita.

La Commissione respinge l'emendamento Silvia Giordano 9.3, identico all'emendamento Di Lello 9.4.

Procede, quindi, all'esame delle proposte emendative riferite all'articolo 10.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, esprime parere contrario sugli emendamenti Tagliatela 10.1, Silvia Giordano 10.4, Capone 10.2, Nicchi 10.3, Gigli 10.6 e Silvia

Giordano 10.9. Esprime poi parere favorevole sull'emendamento Lenzi 10.5, invitando pertanto al ritiro i presentatori dei seguenti emendamenti, che risulterebbero preclusi dall'approvazione del primo: Nicchi 10.8, Di Lello 10.7, Grillo 10.11 e 10.10.

Esprime altresì parere favorevole sull'emendamento Basso 10.12 e sull'articolo aggiuntivo Beni 10.01. Invita quindi al ritiro il presentatore dell'articolo aggiuntivo Capone 10.02.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del relatore, osservando inoltre che molte delle proposte emendative presentate non siano di stretta competenza della XII Commissione e che, comunque, in materia di pubblicità del gioco d'azzardo la normativa vigente prevede già diversi limiti, oltre alle disposizioni introdotte in materia dall'articolo 14 della legge n. 23 del 2014, recante la delega fiscale.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza del presentatore dell'emendamento Tagliatela 10.1: si intende che vi abbia rinunciato.

Andrea CECCONI (M5S), con riferimento alle precisazioni fornite dal sottosegretario De Filippo, rileva che, nonostante i limiti alla propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo introdotti soprattutto con il decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto decreto Balduzzi), esistono ancora diverse forme di pubblicità, come chiunque può facilmente verificare.

Per quanto riguarda, poi, il rilievo per cui le disposizioni in materia di propaganda non rientrano strettamente nella sfera di competenza della XII Commissione, fa notare come la tutela dei minori e dei soggetti più vulnerabili nei confronti della pubblicità sia strettamente connessa all'obiettivo di realizzare le condizioni per la prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico.

Fa notare altresì come, per analogia, nei confronti dei prodotti derivanti dal tabacco si è scelta la via del divieto di ogni forma di pubblicità.

Per le suddette ragioni, raccomanda l'approvazione dell'emendamento Silvia Giordano 10.4 e di altre proposte emendative presentate dal MoVimento 5 Stelle, nell'ottica di rendere più incisivo il divieto di propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, replica alle considerazioni svolte dal deputato Cecconi, facendo presente che il contenuto del comma 1 dell'articolo 10 del testo unificato in esame è estremamente chiaro nel prevedere un divieto generale di pubblicità del gioco d'azzardo nel territorio nazionale.

Evidenzia altresì come la predetta formulazione sia più ampia e incisiva di quella recata dalla richiamata legge recante delega in materia fiscale, all'articolo 14, comma 2, lettere *aa)* e *bb)*.

Matteo DALL'OSSO (M5S), a fronte dei chiarimenti forniti dal relatore, chiede a quest'ultimo di modificare il comma 1 dell'articolo 10, nel senso di specificare che il divieto vale per qualsiasi forma di pubblicità, « diretta e indiretta ».

Paola BINETTI (PI), *relatore*, accogliendo la richiesta formulata dal deputato Dall'Osso, modifica il parere precedentemente reso sull'emendamento Capone 10.2, esprimendo quindi parere favorevole.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO, conformemente al relatore, esprime parere favorevole sull'emendamento Capone 10.2, modificando così il proprio orientamento originario.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge l'emendamento Silvia Giordano 10.4 e approva l'emendamento Capone 10.2 (*vedi allegato 2*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza del presentatore dell'emendamento Nicchi 10.3: si intende che vi abbia rinunciato.

Gian Luigi GIGLI (PI) chiede al relatore e al Governo un ripensamento circa il parere espresso sul proprio emendamento 10.6, che mira a escludere la propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo « con qualsiasi mezzo di diffusione ». Attraverso tale formulazione, a suo avviso, il divieto sarebbe tale da escludere la diffusione sul territorio nazionale anche di quelle forme di pubblicità che sono prodotte all'estero.

Raffaele CALABRÒ (NCD) ritiene che una soluzione possibile sarebbe quella riformulare l'emendamento Gigli 10.6, nel senso di prevedere che « non può essere prodotta né diffusa nel territorio nazionale » la propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, non modifica il parere precedentemente espresso sull'emendamento Gigli 10.6, ribadendo come il divieto disposto ai sensi del comma 1 dell'articolo 10 sia a suo avviso sufficientemente chiaro e onnicomprensivo, per cui ogni ulteriore precisazione potrebbe rivelarsi superflua, se non addirittura fuorviante.

La Commissione respinge l'emendamento Gigli 10.6.

Andrea CECCONI (M5S) illustra l'emendamento Silvia Giordano 10.9, volto a precisare che la sanzione, in caso di infrazione del divieto di propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo, si applica tanto nei confronti del committente del messaggio pubblicitario quanto del proprietario del mezzo di diffusione.

La Commissione respinge l'emendamento Silvia Giordano 10.9.

Approva altresì l'emendamento Lenzi 10.5 (*vedi allegato 2*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, avverte che, a seguito dell'approvazione dell'emendamento Lenzi 10.5, risultano assorbiti gli identici emendamenti Nicchi 10.8 e Di Lello 10.7, nonché gli emendamenti Grillo 10.11 e 10.10.

La Commissione, con distinte votazioni, approva l'emendamento Basso 10.12 e l'articolo aggiuntivo Beni 10.01 (*vedi allegato 2*).

Salvatore CAPONE (PD) ritira il proprio articolo aggiuntivo 10.02.

La Commissione procede, quindi, all'esame delle proposte emendative riferite all'articolo 11.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, esprime parere contrario su tutte le proposte emendative riferite all'articolo 11, ad eccezione degli emendamenti Loreface 11.12 e Nicchi 11.23.

Fa presente, inoltre, che il tema delle distanze delle sale da gioco da una serie di luoghi sensibili è particolarmente delicato, ricordando che esso è stato già trattato dal decreto-legge n. 158 del 2012 e che anche la legge recante delega in materia fiscale è intervenuta sul punto, non prevedendo direttamente delle distanze minime – diversamente dalla previsione di cui al comma 1 dell'articolo 11 del testo in discussione – ma garantendo forme vincolanti di partecipazione dei comuni competenti per territorio al procedimento di autorizzazione e di pianificazione, che tenga conto di parametri di distanza da luoghi sensibili validi per l'intero territorio nazionale, comunque con riserva allo Stato della definizione delle regole necessarie per esigenze di ordine e sicurezza pubblica (*ex* articolo 14, comma 2, lettera e), della legge n. 23 del 2014).

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del relatore.

Lorenzo BASSO (PD) ritira il proprio emendamento 11.1, riservandosi di riproporlo in fase di esame del provvedimento in Assemblea, essendo tale proposta emendativa volta a ricondurre alle competenze del questore e ai regolamenti comunali la disciplina dell'esercizio di nuove sale da gioco.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza del presentatore dell'emendamento Tagliatela 11.3: si intende che vi abbia rinunciato.

Salvatore CAPONE (PD) ritira il proprio emendamento 11.4.

Elena CARNEVALI (PD) ritira il proprio emendamento 11.5.

Donata LENZI (PD) chiede al relatore e al rappresentante del Governo un ripensamento a proposito del parere espresso sull'emendamento Miotto 11.6, che ha l'obiettivo di rendere la normativa che si vuole introdurre attraverso il provvedimento in discussione compatibile con il contenuto della legge di delega in materia fiscale. Infatti, tale emendamento prevede il parere vincolante del comune che indica la distanza minima delle nuove sale da gioco dai luoghi sensibili.

Gian Luigi GIGLI (PI), pur comprendendo le argomentazioni del deputato Lenzi, fa notare tuttavia come sia poco opportuno affidare un tema così delicato all'esclusiva competenza dei comuni, senza fissare un criterio generale che sia valido per l'intero territorio nazionale.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, osserva che anche la citata legge n. 23 del 2014, pur prevedendo un ruolo vincolante del comune per quanto riguarda la procedura per l'apertura di nuove sale da gioco, salvaguarda tuttavia le competenze statali, soprattutto con riferimento alla necessità di salvaguardare esigenze di ordine e di sicurezza pubblica.

Lorenzo BASSO (PD) fa presente che il proprio emendamento 11.1, per come è strutturato, è funzionale nel senso di conciliare le contrapposte esigenze, di salvaguardare le competenze statali assicurando, al tempo stesso, la posizione vincolante del comune competente per territorio.

Paolo BENI (PD), in considerazione della delicatezza della materia, emersa dai vari interventi che si sono svolti nonché dal fatto che esiste già una normativa in vigore, contenuta nella legge n. 23 del 2014, propone di procedere all'accantonamento di tutte le proposte emendative riferite al comma 1 dell'articolo 11.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO fa presente che, se si procede all'accantonamento, si potrebbe pensare alla formulazione di una nuova proposta emendativa che, pur prevedendo direttamente le distanze minime, mantenendo così l'impianto del testo attuale del comma 1 dell'articolo 11, faccia salvi gli eventuali regolamenti comunali adottati in questa materia.

Teresa PICCIONE (PD) evidenzia l'esigenza di prevedere criteri uniformemente applicabili nell'intero territorio nazionale, dal momento che i comuni non sempre hanno dato una buona prova, per cui non concorda con la soluzione di affidare loro l'intera regolamentazione della materia.

Gian Luigi GIGLI (PI) osserva che, qualora fosse accolta la proposta avanzata dal sottosegretario De Filippo, si dovrebbe specificare che i regolamenti comunali devono comunque osservare le distanze minime stabilite a livello nazionale, essendo ammissibili, quindi, esclusivamente normative più restrittive in ambito locale.

La Commissione delibera, quindi, di accantonare gli emendamenti Miotto 11.6, Beni 11.7, Di Lello 11.9, Nicchi 11.10, Lorefice 11.11 e Gigli 11.8.

Approva, dunque, l'emendamento Lorefice 11.12 (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento Mantero 11.13, volto a prevedere che le sale da gioco siano dotate di finestre atte a vedere l'esterno, in modo tale che il giocatore non perda completamente la cognizione del tempo, e che sia vietata in tali luoghi la somministrazione di bevande e alimenti.

La Commissione respinge l'emendamento Mantero 11.13.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza dei presentatori degli emendamenti: Latronico 11.14, Tagliatela 11.15 e 11.16 e Nicchi 11.17: si intende che vi abbiano rinunciato.

Avverte altresì che l'emendamento Lorefice 11.18 risulta assorbito a seguito dell'approvazione dell'emendamento Lorefice 11.12.

Paolo BENI (PD) ritira il proprio emendamento 11.19.

Elena CARNEVALI (PD) ritira il proprio emendamento 11.20.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, avverte che l'emendamento Iori 11.2 risulta assorbito a seguito dell'approvazione dell'emendamento Beni 5.10, come riformulato e approvato nel corso delle precedenti sedute.

Donata LENZI (PD) ritira il proprio emendamento 11.21.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza del presentatore dell'emendamento Nicchi 11.22: si intende che vi abbia rinunciato.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, in assenza del presentatore dell'emendamento Nicchi 11.23, lo fa proprio.

La Commissione approva l'emendamento Nicchi 11.23 (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (M5S) fa notare che l'emendamento Mantero 11.24, riguardando anch'esso il tema delle distanze delle sale da gioco dai luoghi sensibili, dovrebbe essere accantonato, analogamente alle proposte emendative riferite al comma 1 dell'articolo 11 del testo in esame.

La Commissione delibera di accantonare l'emendamento Mantero 11.24.

Marco RONDINI (LNA), sulla base delle decisioni precedentemente adottate, chiede alla presidenza che sia accantonato anche il proprio articolo aggiuntivo 11.01, in quanto anch'esso affronta, tra gli altri, il tema della distanza tra l'esercizio ove sono collocati gli apparecchi da intrattenimento e i luoghi sensibili.

La Commissione delibera di accantonare l'articolo aggiuntivo Rondini 11.01.

Vanna IORI (PD) ritira il proprio articolo aggiuntivo 11.02.

Andrea CECCONI (M5S), intervenendo sull'articolo aggiuntivo Mantero 11.03, fa notare che tale proposta emendativa è affine all'emendamento Miotto 8.25, sul quale il relatore e il Governo avevano espresso parere favorevole.

Paola BINETTI (PI), *relatore*, precisa di avere espresso parere contrario sull'articolo aggiuntivo Mantero 11.03 in quanto nella seduta precedente è stato approvato l'emendamento Miotto 8.25, di analogo contenuto, a suo avviso preferibile come formulazione.

La Commissione respinge l'articolo aggiuntivo Mantero 11.03.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.**

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15 alle 15.15.

**AVVERTENZA**

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

*SEDE LEGISLATIVA*

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

*Testo unificato C. 100 Binetti, C. 702 Grassi e C. 1250 Dorina Bianchi.*

*ERRATA CORRIGE*

Nel *Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari* n. 245 del 3 giugno 2014, a pagina 76, prima colonna, nona riga, la parola « Bobba » è soppressa.

## ALLEGATO 1

**DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo.**

**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il disegno di legge C. 2365 Governo, recante « Conversione in legge del decreto-legge 12 maggio 2014, n. 74, recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali »,

esprime:

**PARERE FAVOREVOLE**

*con le seguenti osservazioni:*

*a)* valuti la Commissione di merito l'opportunità di considerare la necessità di un approccio organico rispetto alle calamità naturali territoriali già riconosciute tali dal Governo;

*b)* valuti la Commissione di merito l'opportunità di chiarire se le disposizioni di cui ai commi 3, 4, 7 e 8 dell'articolo 1 del decreto-legge in oggetto si riferiscano anche ai territori colpiti dalla tromba d'aria del 3 maggio 2013.

## ALLEGATO 2

**Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Testo unificato C. 101 Binetti, C. 102 Binetti, C. 267 Fucci, C. 433 Mongiello, C. 1596 Baroni, C. 1718 Iori, C. 1633 Formisano e C. 1812 Giorgia Meloni.**

**EMENDAMENTI E ARTICOLI AGGIUNTIVI APPROVATI**

*Al comma 1, sopprimere le parole: , che si alternano in modo da comparire con regolarità.*

**9. 1.** Di Vita, Cecconi, Baroni, Dall'Osso, Silvia Giordano, Grillo, Loreface, Mantero.

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

2-bis. I tagliandi delle lotterie istantanee devono in ogni caso riportare, su entrambi i lati e con dimensioni adeguate, e comunque tali da assicurarne l'immediata visibilità, almeno le seguenti diciture:

a) « Questo gioco nuoce alla salute »;

b) « Questo gioco può provocare dipendenza »;

c) « Questo gioco può ridurti in povertà »;

d) « Questo gioco è vietato ai minori di 18 anni ».

**9. 2.** Grillo, Cecconi, Baroni, Dall'Osso, Di Vita, Silvia Giordano, Loreface, Mantero (nuova formulazione).

*Al comma 1, dopo la parola: pubblicitaria aggiungere le seguenti: diretta e indiretta.*

**10. 2.** Capone, Piccione.

*Al comma 2, sostituire le parole: da 5.000 euro a 50.000 euro con le seguenti: da 100.000 euro a 500.000 euro.*

**10. 5.** Lenzi, Gelli, Capone.

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

3. La violazione delle disposizioni di cui al comma 1, se reiterata per tre volte, comporta la decadenza dalla concessione o dalle autorizzazioni.

**10. 12.** Basso, Quaranta, Sberna, Carnovali, Beni, Tullo, Cinzia Maria Fontana, Mariani, Giacobbe, Donati, Franco Bordo, Capone.

*Dopo l'articolo 10 aggiungere il seguente:*

ART. 10-bis.

*(Incentivi alla rimozione degli apparecchi per il gioco d'azzardo).*

1. Gli esercizi commerciali e i circoli privati che rimuovono dai propri locali gli apparecchi per il gioco lecito previsti dall'articolo 110, comma 6, lettere a) e b) del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza di cui al regio decreto 18 giugno 1941, n. 773, e successive modificazioni, installati precedentemente al 31 dicembre 2013, possono usufruire, per i due anni

successivi alla rimozione, di un apposito indennizzo economico.

2. Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze da emanarsi entro sei mesi dalla pubblicazione della presente legge, sentita l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, vengono stabilite l'entità e la modalità dell'indennizzo di cui al comma 1, nonché le procedure per effettuarne la richiesta.

**10. 01.** Beni, Capone, Piccione.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. È vietata all'interno delle sale gioco e dei locali, di cui al comma 1 del

presente articolo, l'installazione di sportelli per il prelievo automatico di contanti.

**11. 12.** Lorefice, Cecconi, Baroni, Dal'Osso, Di Vita, Silvia Giordano, Grillo, Mantero.

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

5. In caso di condanna da parte del responsabile della sala giochi o del titolare dell'esercizio commerciale dove sono ubicati gli apparecchi, per mancato rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge, e della normativa vigente in materia, comporta l'inabilitazione all'attività commerciale per una durata da uno a cinque anni.

**11. 23.** Nicchi, Piazzoni, Aiello, Quaranta, Franco Bordo.

## XIII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Agricoltura)

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

##### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione informale dei rappresentanti delle organizzazioni Agrinsieme (Confagricoltura, CIA, Alleanza delle cooperative), Coldiretti, Copagri e UeCoop, nell'ambito dell'esame del nuovo testo della proposta di legge C. 348 Cenni e abb., recante disposizioni per la tutela e la valorizzazione della biodiversità agraria e alimentare .....	223
---	-----

#### AUDIZIONI INFORMALI

*Mercoledì 4 giugno 2014.*

**Audizione informale dei rappresentanti delle organizzazioni Agrinsieme (Confagricoltura, CIA, Alleanza delle cooperative), Coldiretti, Copagri e UeCoop, nell'ambito dell'esame del nuovo testo della proposta di legge C. 348 Cenni e abb., recante disposizioni per la tutela e la valorizzazione della biodiversità agraria e alimentare.**

L'audizione informale è stata svolta dalle 13.40 alle 14.35.

# COMMISSIONE PARLAMENTARE

## per l'attuazione del federalismo fiscale

### S O M M A R I O

#### AUDIZIONI:

Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), nell'ambito dell'esame dello schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi (atto n. 92) ( <i>Svolgimento, ai sensi dell'articolo 5, comma 5, del Regolamento della Commissione, e conclusione</i> ) .....	224
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	224

#### AUDIZIONI

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente Giancarlo GIORGETTI.*

#### La seduta comincia alle 19.35.

**Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), nell'ambito dell'esame dello schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi (atto n. 92).**

*(Svolgimento, ai sensi dell'articolo 5, comma 5, del Regolamento della Commissione, e conclusione).*

Giancarlo GIORGETTI, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Introduce quindi l'audizione.

Giampaolo ONETO, *Direttore centrale della Direzione Centrale della contabilità*

*nazionale*, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono per formulare quesiti e osservazioni il presidente Giancarlo GIORGETTI e i senatori Federico FORNARO (PD) e Bachisio Silvio LAI (PD).

Giampaolo ONETO, *Direttore centrale della Direzione Centrale della contabilità nazionale dell'Istat*, Maria Emanuela MONTEBUGNOLI, *Dirigente del servizio Statistiche della finanza pubblica*, e Grazia SCACCO, *Tecnologo dell'unità operativa Conti delle amministrazioni pubbliche locali*, forniscono ulteriori precisazioni.

Giancarlo GIORGETTI, *presidente*, ringrazia gli intervenuti e dichiara conclusa l'audizione.

#### La seduta termina alle 20.15.

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

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 20.15 alle 20.20.

## COMMISSIONE PARLAMENTARE

### per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi

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

Sulla pubblicità dei lavori .....	225
Audizione del presidente e dei componenti del consiglio di amministrazione della RAI (Svolgimento e rinvio) .....	225

*Mercoledì 4 giugno 2014. – Presidenza del presidente Roberto FICO. – Intervengono il presidente della RAI, Anna Maria Tarantola, e i componenti del consiglio di amministrazione Gherardo Colombo, Rodolfo De Laurentiis, Antonio Pilati, Marco Pinto, Guglielmo Rositani, Benedetta Tobagi, Luisa Todini e Antonio Verro.*

**La seduta comincia alle 14.10.**

#### Sulla pubblicità dei lavori.

Roberto FICO, *presidente*, comunica che ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento della Commissione, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata mediante l'attivazione del sistema audiovisivo a circuito chiuso, la trasmissione diretta sulla web-tv e, successivamente, sul canale satellitare della Camera dei deputati.

Comunica altresì che dell'audizione sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

#### Audizione del presidente e dei componenti del consiglio di amministrazione della RAI.

*(Svolgimento e rinvio).*

Roberto FICO, *presidente*, dichiara aperta l'audizione in titolo.

Anna Maria TARANTOLA, *presidente della Rai*, svolge una relazione, al termine della quale intervengono, per formulare quesiti e richieste di chiarimento, i senatori Maurizio ROSSI (Misto), Enrico BUEMI (Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE), e Maurizio GASPARRI (FI-PdL XVII), il deputato Vinicio Giuseppe Guido PELUFFO (PD), i senatori Alberto AIROLA (M5S), Salvatore MARGIOTTA (PD), e Augusto MINZOLINI (FI-PdL XVII), il deputato Gennaro MIGLIORE (SEL), i senatori Federico FORNARO (PD), Gian Marco CENTINAIO (LN-Aut) e Raffaele RANUCCI (PD) e Roberto FICO, *presidente*.

Dopo gli interventi sull'ordine dei lavori del deputato Gennaro MIGLIORE (SEL) e del senatore Federico FORNARO (PD), Anna Maria TARANTOLA, *presidente della Rai*, Antonio VERRO, *consigliere di amministrazione della Rai*, e Antonio PILATI,

*consigliere di amministrazione della Rai*, rispondono ai quesiti posti.

Roberto FICO, *presidente*, nel ringraziare la dottoressa Tarantola e i componenti del consiglio di amministrazione Gherardo Colombo, Rodolfo De Laurentiis, Antonio Pilati, Marco Pinto, Guglielmo Rositani, Benedetta Tobagi, Luisa Todini e

Antonio Verro, rinvia il seguito dell'audizione ad altra seduta.

**La seduta termina alle 16.20.**

---

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

## COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

### sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere

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

Audizione del Presidente del Consiglio nazionale forense, Guido Alpa ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	227
AVVERTENZA .....	227

*Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza della presidente Rosy BINDI.*

#### **La seduta comincia alle 14.15.**

Rosy BINDI, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

**Audizione del Presidente del Consiglio nazionale forense, Guido Alpa.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Rosy BINDI, *presidente*, introduce l'audizione del Presidente del Consiglio nazionale forense, Guido Alpa, accompagnato dal consigliere segretario del Consiglio nazionale forense, Andrea Mascherin, dedicata ai temi: del ruolo svolto dall'Avvocatura italiana nella lotta alla criminalità organizzata, del rapporto tra l'esercizio delle prerogative di difesa e poteri di indagine dell'autorità giudiziaria, dei rapporti tra il Consiglio nazionale forense e i consigli dell'ordine degli avvocati circoscrizionali, nonché dello stato di attuazione della disciplina antiriciclaggio con riferimento agli obblighi gravanti sugli avvocati.

L'avvocato Guido ALPA svolge una relazione al riguardo.

Intervengono, per porre quesiti e formulare osservazioni, i deputati Rosy BINDI, *presidente*, Claudio FAVA (PD) e Vincenza BRUNO BOSSIO (PD) e i senatori Franco MIRABELLI (PD), Francesco MOLINARI (M5S), e Lucrezia RICCHIUTI (PD) ai quali rispondono l'avvocato Guido ALPA e l'avvocato Andrea MASCHERIN, *consigliere segretario del Consiglio nazionale forense*.

Rosy BINDI, *presidente*, ringrazia gli avvocati Guido Alpa e Andrea Mascherin per il contributo fornito e dichiara conclusa l'audizione.

#### **La seduta termina alle 16.05.**

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

#### AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO  
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

## COMITATO PARLAMENTARE

### per la sicurezza della Repubblica

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

Audizione dell’Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica .....	228
Comunicazioni del Presidente .....	228

*Mercoledì 4 giugno 2014. – Presidenza del presidente Giacomo STUCCHI.*

**La seduta comincia alle 14.15.**

**Audizione dell’Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica.**

Il Comitato procede all’audizione dell’Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica, senatore Domenico MINNITI, il quale svolge una relazione e risponde

alle osservazioni e ai quesiti formulati dal presidente STUCCHI (LN-Aut), dai senatori CASSON (PD), ESPOSITO (NCD) e MARTON (M5S) e dal deputato TOFALO (M5S).

**Comunicazioni del Presidente.**

Il presidente STUCCHI (LN-Aut) rende alcune comunicazioni concernenti l’organizzazione dei lavori.

**La seduta termina alle 16.20.**

## COMMISSIONE PARLAMENTARE

### di controllo sulle attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale

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

Indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale pubblico e privato, alla luce della recente evoluzione normativa ed organizzativa, anche con riferimento alla strutturazione della previdenza complementare.	229
Audizione del Presidente e del Direttore generale della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti (INARCASSA), Paola Muratorio e Giancarlo Giorgi ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	230
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	230

*Mercoledì 4 giugno 2014. – Presidenza del presidente Lello DI GIOIA.*

**La seduta comincia alle 8.10.**

**Indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale pubblico e privato, alla luce della recente evoluzione normativa ed organizzativa, anche con riferimento alla strutturazione della previdenza complementare.**

**Audizione del Presidente e del Direttore generale della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti (INARCASSA), Paola Muratorio e Giancarlo Giorgi.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Il deputato Lello DI GIOIA, *presidente*, propone che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audio-

visivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Avverte che la presidente Paola Muratorio è accompagnata dal direttore generale, Giancarlo Giorgi e dal responsabile dell'area immobiliare dell'INARCASSA, Alfredo Granata.

Svolge una relazione Paola MURATORIO, *presidente dell'INARCASSA*.

Intervengono per porre domande e formulare osservazioni deputati Roberto MORASSUT (PD) e Lello DI GIOIA, *presidente*.

Replicano ai quesiti posti Paola MURATORIO, *presidente dell'INARCASSA*, Giancarlo GIORGI, *direttore generale*, e Alfredo GRANATA, *responsabile dell'area immobiliare*.

Il deputato Lello DI GIOIA, *presidente*, nel ringraziare la presidente Muratorio per la partecipazione all'odierna seduta,

dichiara conclusa l'audizione e dispone che la documentazione prodotta sia pubblicata in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

**La seduta termina alle 8.50.**

---

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

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

*Mercoledì 4 giugno 2014. – Presidenza  
del presidente Lello DI GIOIA.*

L'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, si è riunito dalle 8.50 alle 9.15.

## INDICE GENERALE

### GIUNTA DELLE ELEZIONI

COMITATO PERMANENTE PER LE INCOMPATIBILITÀ, LE INELEGGIBILITÀ E LE DECADENZE .....	3
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	3

### GIUNTA PER LE AUTORIZZAZIONI

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla cancellazione dall'ordine del giorno della domanda di deliberazione in materia d'insindacabilità nel procedimento penale nei confronti del senatore Silvio Berlusconi, deputato all'epoca dei fatti, pendente presso il Giudice di Pace di La Maddalena (procedimento n. 110/10 RG GDP) (doc. IV-ter, n. 4) .....	4
Sui lavori della Giunta .....	4

### COMMISSIONI RIUNITE (VI Camera e 6<sup>a</sup> Senato)

#### AUDIZIONI:

Audizione del viceministro dell'economia e delle finanze Luigi Casero, sull'attuazione della delega per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita ( <i>Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, nonché dell'arti- colo 46, comma 1, del Regolamento del Senato della Repubblica, e conclusione</i> ) .....	6
--	---

### COMMISSIONI RIUNITE (I e II)

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	7
---	---

### COMMISSIONI RIUNITE (V e XII)

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica ( <i>Esame del documento conclusivo e approvazione</i> ) .....	8
<i>ALLEGATO 1 (Proposta di documento conclusivo)</i> .....	9
<i>ALLEGATO 2 (Documento conclusivo approvato)</i> .....	63

### COMMISSIONI RIUNITE (VII e X)

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	117
---	-----

### COMMISSIONI RIUNITE (VIII e X)

#### COMITATO D'INDAGINE SULLA *GREEN ECONOMY*:

Indagine conoscitiva sulla *green economy*.

Audizione del Viceministro dello sviluppo economico, Claudio De Vincenti ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	118
---	-----

**I Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni**

## COMITATO PERMANENTE PER I PARERI:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i> ) .....	119
ALLEGATO ( <i>Parere approvato</i> ) .....	131

## AUDIZIONI:

Seguito dell'audizione del ministro per gli affari regionali e le autonomie, Maria Carmela Lanzetta, sulle linee programmatiche ( <i>Svolgimento, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, e conclusione</i> ) .....	122
---	-----

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	123
---	-----

## SEDE REFERENTE:

Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di cittadinanza. C. 9 d'iniziativa popolare, C. 200 Di Lello, C. 250 Vendola, C. 273 Bressa, C. 274 Bressa, C. 349 Pes, C. 369 Zampa, C. 404 Caparini, C. 463 Bersani, C. 494 Vaccaro, C. 525 Marazziti, C. 604 Fedi, C. 606 La Marca, C. 647 Caruso, C. 707 Gozi, C. 794 Bueno, C. 836 Caruso, C. 945 Polverini, C. 1204 Sorial, C. 1269 Merlo e C. 2376 Bianconi ( <i>Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge n. 2376</i> ) .....	123
Disposizioni in materia di conflitti di interessi. C. 275 Bressa, C. 1059 Fraccaro, C. 1832 Civati e C. 1969 Tinagli ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	124
Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle vicende, le cause e le responsabilità, anche internazionali, che hanno portato, nell'autunno 2011, alle dimissioni del quarto Governo Berlusconi. Doc. XXII, n. 28 Brunetta ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	124

## ATTI DELL'UNIONE EUROPEA:

Relazione della Commissione sull'applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. COM(2014) 224 final ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	126
AVVERTENZA .....	129

**II Giustizia**

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	133
---	-----

## INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva in merito all'esame della proposta di legge C. 631-B, recante disposizioni in materia di misure cautelari personali, visita a persone affette da handicap in situazione di gravità e illeciti disciplinari.	
Audizione di Franco Roberti, Procuratore nazionale antimafia, e di Daniele Negri, Professore di diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Ferrara. ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	133

## INTERROGAZIONI:

5-02186 Colletti: Sullo svolgimento del concorso a 250 posti per notaio bandito il 29 marzo 2013 .....	134
ALLEGATO ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	135

**III Affari esteri e comunitari**

## RISOLUZIONI:

7-00197 Cimbro: Sulla stesura di un «Protocollo Milano» sull'efficienza della catena agroalimentare, in seno all'Expo 2015 ( <i>Discussione e approvazione della risoluzione n. 8-00061</i> ) .....	137
ALLEGATO 1 ( <i>Nuova formulazione approvata dalla Commissione</i> ) .....	142
Sui lavori della Commissione .....	139

## INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02925 Amendola: Sulla formazione del nuovo esecutivo palestinese .....	139
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	145
5-02926 Pini: Sul prevedibile incremento dei visti d'ingresso in occasione di Expo 2015 ..	140
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	147
5-02927 Sibilia: Sulla riforma dell'indennità di sede all'estero (ISE) .....	140
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	149
5-02928 Scotto: Sull'assassinio in Ucraina del fotoreporter Andrea Rocchelli e di Andrey Mironov .....	140
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i> .....	151

## COMITATO PERMANENTE SULL'AFRICA E LE QUESTIONI GLOBALI

## AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione di Mattia Toaldo, ricercatore presso l' <i>European Council on Foreign Relations</i> (ECFR), sui recenti sviluppi della situazione in Libia .....	141
---	-----

**IV Difesa**

## COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014 .....	153
<i>ALLEGATO (Sugli esiti della missione presso il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, svolta il 15 maggio 2014)</i> .....	155

## INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva in materia di servitù militari.

Audizione di rappresentanti della Regione Friuli Venezia Giulia ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	153
--	-----

**V Bilancio, tesoro e programmazione**

## SEDE CONSULTIVA:

Sui lavori della Commissione .....	159
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Sud Africa in materia di cooperazione di polizia, fatto a Cape Town il 17 aprile 2012. C. 2081-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	159
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri dell'Unione europea, riuniti in sede di Consiglio, relativo al finanziamento degli aiuti dell'Unione europea forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP-UE e all'assegnazione di assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltremare cui si applicano le disposizioni della parte quarta del trattato sul funzionamento dell'UE, fatto a Lussemburgo il 24 giugno 2013. C. 2083-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	159
Ratifica ed esecuzione dello scambio di Note tra la Repubblica italiana e l'Istituto internazionale per l'unificazione del diritto privato (UNIDROIT) modificativo dell'articolo 1 dell'Accordo di sede tra l'Italia e l'UNIDROIT del 20 luglio 1967, come emendato con scambio di Note del 5-9 giugno 1995, fatto a Roma il 21 dicembre 2012. C. 2099-A Governo (Parere all'Assemblea) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	160

## INTERROGAZIONI:

5-02794 Pisano: Sui criteri per la definizione del prezzo di collocamento dei titoli di Stato ....	161
<i>ALLEGATO (Testo della risposta)</i> .....	168

## SEDE CONSULTIVA:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	161
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012. C. 2275 Governo, approvato dal Senato (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	161
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Baliato di Guernsey sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 5 settembre 2012. C. 2087 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	162
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo dell'Isola di Man sullo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 16 settembre 2013. C. 2088 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	164
Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra la Repubblica italiana e Gibilterra per lo scambio di informazioni in materia fiscale, fatto a Londra il 2 ottobre 2012. C. 2089 Governo (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	165
<b>DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO:</b>	
Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/33/UE che modifica la direttiva 1999/32/CE, relativa al tenore di zolfo dei combustibili per uso marittimo. Atto n. 94 (Rilievi alla VIII Commissione) ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e conclusione – Valutazione favorevole</i> ) .....	166
Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 202/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE. Atto n. 90 (Rilievi alla X Commissione) ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 2, del regolamento, e rinvio</i> ) .....	166
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	167

**VI Finanze**

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	171
<b>INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:</b>	
5-02921 Sottanelli: Abrogazione dell'obbligo per i produttori agricoli sottoposti al regime speciale IVA di comunicare le operazioni rilevanti ai fini della medesima imposta .....	172
ALLEGATO 1 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	175
5-02922 Pesco: Rafforzamento delle attività di controllo tributario sui grandi contribuenti .	172
ALLEGATO 2 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	176

**RISOLUZIONI:**

7-00236 Pagano: Uniformazione dell'aliquota IVA sulle piante agricole aromatiche ( <i>Discussione e rinvio</i> ) .....	173
--	-----

**VII Cultura, scienza e istruzione**

## SEDE CONSULTIVA:

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	178
--	-----

## RISOLUZIONI:

7-00341 Simone Valente: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado.	
7-00345 Molea: Sull'insegnamento dello sport nelle scuole di ogni ordine e grado ( <i>Seguito della discussione congiunta e rinvio</i> ) .....	181
7-00276 Vacca: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.	
7-00327 Ghizzoni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.	
7-00330 Santerini: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari.	
7-00336 Fratoianni: Sui lavori delle commissioni per l'abilitazione scientifica nazionale dei professori universitari ( <i>Seguito della discussione congiunta e rinvio</i> ) .....	182
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	184

**VIII Ambiente, territorio e lavori pubblici**

## SEDE REFERENTE:

Decreto-legge 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo ( <i>Seguito esame e rinvio</i> ) .....	185
ALLEGATO ( <i>Nota depositata dal Governo</i> ) .....	187
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	186

**IX Trasporti, poste e telecomunicazioni**

## INTERROGAZIONI:

5-02353 Matarrese: Mancata erogazione alle regioni dell'anticipo del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale e possibili conseguenze per le aziende esercenti e per i cittadini, con particolare riguardo alla regione Puglia .....	190
ALLEGATO 1 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	193
5-02391 Tullo: Deroche alle limitazioni alla circolazione stradale previste nel periodo turistico per la regione Liguria, al fine di consentire l'approvvigionamento degli esercizi commerciali .	190
ALLEGATO 2 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	194
5-02694 D'Ottavio: Soppressione del servizio ferroviario a lunga percorrenza di collegamento della città di Torino con la Sicilia .....	190
ALLEGATO 3 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	195
5-02724 Gandolfi: Carenza delle targhe di immatricolazione dei veicoli prodotte dal Poligrafico dello Stato .....	190
ALLEGATO 4 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	196

## RISOLUZIONI:

7-00322 Tullo: Disciplina dei veicoli adibiti al soccorso che effettuano trasporti sanitari ( <i>Seguito della discussione e conclusione – Approvazione di un nuovo testo n. 8-00060</i> ) .	191
ALLEGATO 5 ( <i>Nuovo testo approvato dalla Commissione</i> ) .....	197

## SEDE REFERENTE:

Delega al Governo per la riforma del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Testo unificato C. 731 Velo ed altri e C. 1588 Governo ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	192
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	192

**COMITATO RISTRETTO:**

Modifiche al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di semplificazione delle azioni di contrasto dell'evasione dell'obbligo di assicurazione dei veicoli, per favorire la circolazione dei carrelli elevatori e per contrastare le esportazioni irregolari di veicoli da demolire e le fittizie immatricolazioni di veicoli all'estero. C. 1512 Meta e abb. ....	192
AVVERTENZA .....	192

**X Attività produttive, commercio e turismo****ATTI DEL GOVERNO:**

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE. Atto n. 90 ( <i>Seguito esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio</i> ) .....	200
--	-----

**SEDE CONSULTIVA:**

DL 74/2014 recante misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazione</i> ) .....	203
ALLEGATO 1 ( <i>Proposta di parere del Relatore</i> ) .....	204
ALLEGATO 2 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	205
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	203

**XI Lavoro pubblico e privato****SEDE CONSULTIVA:**

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Corea in materia di Vacanze-Lavoro, fatto a Seoul il 3 aprile 2012. C. 2275 Governo, approvato dal Senato (Parere alla III Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	206
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato</i> ) .....	209

**INDAGINE CONOSCITIVA:**

Indagine conoscitiva sulla gestione dei servizi per il mercato del lavoro e sul ruolo degli operatori pubblici e privati ( <i>Deliberazione</i> ) .....	207
ALLEGATO 2 ( <i>Programma dell'indagine</i> ) .....	210

**INDAGINE CONOSCITIVA:**

Sulla pubblicità dei lavori .....	208
Indagine conoscitiva sui rapporti di lavoro presso i <i>call center</i> presenti sul territorio italiano. Audizione di rappresentanti dell'INPS ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	208
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	208

**XII Affari sociali****SEDE CONSULTIVA:**

DL 74/2014: Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali. C. 2365 Governo (Parere alla VIII Commissione) ( <i>Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i> ) .....	212
ALLEGATO 1 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	220

**SEDE REFERENTE:**

Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Testo unificato C. 101 Binetti, C. 102 Binetti, C. 267 Fucci, C. 433 Mongiello, C. 1596 Baroni, C. 1718 Iori, C. 1633 Formisano e C. 1812 Giorgia Meloni ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	214
<b>ALLEGATO 2 (Emendamenti e articoli aggiuntivi approvati)</b> .....	221
<b>UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI</b> .....	218
<b>AVVERTENZA</b> .....	219

**XIII Agricoltura****AUDIZIONI INFORMALI:**

Audizione informale dei rappresentanti delle organizzazioni Agrinsieme (Confagricoltura, CIA, Alleanza delle cooperative), Coldiretti, Copagri e UeCoop, nell'ambito dell'esame del nuovo testo della proposta di legge C. 348 Cenni e abb., recante disposizioni per la tutela e la valorizzazione della biodiversità agraria e alimentare .....	223
---	-----

**COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'ATTUAZIONE DEL FEDERALISMO FISCALE****AUDIZIONI:**

Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), nell'ambito dell'esame dello schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi (atto n. 92) ( <i>Svolgimento, ai sensi dell'articolo 5, comma 5, del Regolamento della Commissione, e conclusione</i> ) .....	224
<b>UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI</b> .....	224

**COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'INDIRIZZO GENERALE E LA VIGILANZA DEI SERVIZI RADIOTELEVISIVI**

Sulla pubblicità dei lavori .....	225
Audizione del presidente e dei componenti del consiglio di amministrazione della RAI ( <i>Svolgimento e rinvio</i> ) .....	225

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL FENOMENO DELLE MAFIE E SULLE ALTRE ASSOCIAZIONI CRIMINALI, ANCHE STRANIERE**

Audizione del Presidente del Consiglio nazionale forense, Guido Alpa ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	227
<b>AVVERTENZA</b> .....	227

**COMITATO PARLAMENTARE PER LA SICUREZZA DELLA REPUBBLICA**

Audizione dell'Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica .....	228
Comunicazioni del Presidente .....	228

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI CONTROLLO SULLE ATTIVITÀ DEGLI ENTI GESTORI DI FORME OBBLIGATORIE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE**

Indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale pubblico e privato, alla luce della recente evoluzione normativa ed organizzativa, anche con riferimento alla strutturazione della previdenza complementare.	
--	--

---

Audizione del Presidente e del Direttore generale della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti (INARCASSA), Paola Muratorio e Giancarlo Giorgi ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) .....	229
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	230

Stabilimenti Tipografici  
Carlo Colombo S.p.A.

€ 12,80



\*17SMC0002460\*